

Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais

Health promotion strategies in early childhood: weaving local networks

Camila Sighinolfi de Moura¹, Rute Grossi-Milani², Fernanda de Freitas Mendonça¹, Mathias Roberto Loch¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E504

RESUMO O investimento nos primeiros anos de vida é crucial para o desenvolvimento humano. Esta pesquisa objetivou analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância, à luz da intersetorialidade, em um território da Atenção Primária à Saúde. Foi realizada, no município de Apucarana, Paraná, uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória, com informações obtidas a partir da realização de um grupo focal que contou com a participação de nove atores sociais, ligados aos setores de saúde, educação e assistência social. A pesquisa trouxe à tona a visão de uma primeira infância demarcada por problemas referentes ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; à eclosão de transtornos ‘psiquiátricos’; e às dificuldades da rede local para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil. Diante dessas adversidades, a pesquisa evidenciou estratégias, iniciativas locais, intra e intersetoriais que vão desde práticas clínico-assistenciais até ações lúdicas na puericultura, grupos intergeracionais e projetos de construção de hortas e compostagem. Constatou-se que a intersetorialidade surgiu como precursora do cuidado integral, apontada como caminho possível para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Colaboração intersetorial. Medicalização. Promoção da saúde. Saúde da criança.

ABSTRACT *Investment in the early years of life is crucial for human development. In this sense, this research aimed to analyze interventions, strategies, and resources used to carry out health promotion actions in early childhood, in the light of intersectoriality, in a territory of Primary Health Care. An exploratory qualitative research was carried out in the municipality of Apucarana, Paraná, with information obtained from the realization of a Focus Group that had the participation of nine social actors, linked to the health, education, and social assistance sectors. The research brought to light the vision of an early childhood marked by problems related to the increase in social and clinical demands; the outbreak of ‘psychiatric’ disorders; and the difficulties of the local network to deal with parents in the construction of parenting and child development. Faced with these adversities, the research showed strategies, local, intra and intersectoral initiatives that range from a sequence of clinical-care practices to playful actions in childcare, intergenerational groups, and projects to build gardens and compost. It was found that intersectoriality emerged as a precursor of comprehensive care, identified as a possible way to carry out health promotion actions in early childhood.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Intersectorial collaborations. Medicalization. Health promotion. Child health.*

¹Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
sighinolfi.camila@gmail.com

²Universidade Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil.



Introdução

Trabalhar com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde apresenta muitos desafios. Percebe-se que um deles, apesar das iniciativas em transversalizar políticas públicas, é o predomínio de práticas reducionistas assentadas no modelo biomédico¹.

Com o intuito de firmar conceitos sobre a melhor direção a ser adotada no cuidado da criança, parece haver um entendimento comum entre vários autores de que a medicalização da vida deve ser enfrentada e que a determinação social da saúde deve ser considerada. Aqui é necessário esclarecer que, sobre a medicalização da vida, este artigo assumiu a definição trazida por Conrad², compreendendo-a como um processo de transformação de problemas que antes não eram considerados médicos em problemas médicos, rerepresentando-os sob a forma de transtornos ou doenças.

Assim, no que concerne a esse modelo biomédico, Tavares ajuda a entender que “a contemporaneidade contribui para a existência [...] de ‘psicopatologias’ e/ou ‘mal-estar’, bem como para a alienação do sujeito”³⁽¹²⁾; e, ao se tomar como dogma o modelo biomédico de atuação que, frequentemente, tem por base a ideia de solução do sofrimento pautada em máximas higienistas, fortemente associadas ao uso de psicotrópicos, tem-se o fenômeno conhecido como medicalização da vida³. Assim, o ‘poder médico’ se instaura a partir de elementos inseparáveis de normalização e moralização, tornando os sujeitos incapazes de enxergar o contexto adoecedor ou enxergando-o.

Esse contexto acaba por influenciar inclusive o universo infantil, o que pode ser observado, por exemplo, com o enquadramento de crianças em uma série de classificações nosológicas, havendo uma epidemia de múltiplos diagnósticos, como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA), além

de, muitas vezes, o tratamento a estes ser reduzido a medicamentos e no contexto de um cuidado fragmentado⁴.

É importante sinalizar que se opor à medicalização da vida não significa refutar o uso racional de medicamentos em que os parâmetros para sua indicação estejam adequados às necessidades dos sujeitos⁵.

A adoção do modelo biomédico ou da determinação social do processo saúde-doença, ou ambos concomitantemente, influencia diretamente nas estratégias e nas ações desenvolvidas aos sujeitos, às famílias e à comunidade, por isso a importância de investigar como são organizadas as iniciativas de promoção da saúde voltadas à primeira infância.

A promoção da saúde deve começar já na gestação a na primeira infância, inclusive porque as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se instituem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e auxiliam na construção da subjetividade⁶.

A partir disso, esta pesquisa assumiu por norte a atenção integral à saúde da criança tal como preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁷, procurando-se observar se os seus preceitos foram considerados nas diretrizes das diferentes esferas de gestão e incorporados na prática dos serviços do território estudado, fortalecendo ações de saúde. Trata-se, portanto, de assumir por premissa que o setor saúde necessita expandir a sua visão para além da prevenção e do tratamento de doenças, de modo a incluir a promoção da saúde como fator determinante para a realização do potencial humano de todas as pessoas⁸.

O desenvolvimento de ações voltadas à saúde da criança deve enfatizar a discussão da promoção da saúde apoiada no encontro entre diferentes setores ligados às políticas públicas e no Sistema de Garantia de Direitos (SGD) de crianças, adolescentes e jovens, favorecendo espaços compartilhados de decisões

que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.

Nesse sentido, ganha relevância a Atenção Primária à Saúde (APS), pautada na gestão democrática e participativa, que busca propiciar aos usuários o acesso universal e contínuo a serviços de saúde enquanto promove relações de vínculos e de corresponsabilização, em uma dinâmica que estimula a cogestão e o protagonismo da comunidade.

Sem ignorar os inúmeros progressos diante de múltiplos indicadores de saúde, é correto afirmar que ainda subsistem o desafio e a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas com as condições de saúde. Ao mesmo tempo, é preciso universalizar todos os avanços de forma a produzir saúde no âmbito individual e coletivo, pela efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pela construção compartilhada de ações com as demais redes de proteção social, além de investir na articulação intra e intersetorial a favor da integralidade do cuidado, da equidade em saúde, do ambiente facilitador à vida e da humanização da atenção⁹. Assim, diante de fatos como o retorno do crescimento da mortalidade infantil nos últimos anos, pelo menos parcialmente influenciado pelas políticas de austeridade, torna-se essencial estudar a primeira infância uma vez que esse indicador vinha apresentando tendência de queda nos últimos anos¹⁰.

Dado esse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância, à luz da intersetorialidade, em um território da APS e em um município de grande porte do norte do Paraná.

Percurso metodológico

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória realizada em Apucarana, Paraná, Brasil. Apucarana tinha uma população estimada em pouco mais de 120 mil habitantes,

com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio (0,748), sendo o IDH Longevidade de 0,845, IDH Educação de 0,668 e IDH Renda de 0,741¹¹. O município é geograficamente dividido em quatro regiões e possuía 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para a seleção do território que seria investigado, foi realizada análise do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde do município, além de outras informações, obtidas com os(as) coordenadores(as) das UBS. Das 32 UBS do município, 3 foram excluídas por serem unidades de apoio, isto é, tinham uma lógica de funcionamento diferente das demais, servindo mais de apoio às outras UBS. Assim, foram enviados para 29 coordenadores(as) de UBS, por meio do aplicativo WhatsApp, formulários on-line (a partir do Google Forms) contendo perguntas objetivas e de respostas abertas sobre as características do seu trabalho, sobre suas percepções e impressões a respeito da realidade do território em relação à primeira infância, bem como a prioridade e o interesse pessoal e da equipe em dialogar sobre o tema. Foram obtidos 23 retornos. Vale destacar que o questionário foi submetido a um teste-piloto com três enfermeiras de diferentes municípios, que avaliaram o instrumento e realizaram sugestões, que foram acatadas para a versão final do instrumento.

A partir dos documentos analisados e das informações obtidas com os(as) coordenadores(as) das UBS, elegeu-se o território em que foi realizado o Grupo Focal (GF). O território escolhido apresentava um dos maiores percentuais de crianças em relação à sua população total (cerca de 11%), sendo que havia mais de 100 crianças com até 2 anos. Além disso, de acordo com a coordenação da UBS, a equipe dessa Unidade considerava o tema da primeira infância como sendo de alta prioridade, e a coordenadora acreditava que a maioria dos profissionais da equipe estaria interessada em debater o tema sugerido.

O território em questão era composto por: seis escolas; um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI); um Centro de Referência

da Assistência Social (Cras); o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (Cisvir); uma capela mortuária; um Centro de Atenção à Mulher (CAM); um centro de oficinas; um centro da juventude, além de uma horta comunitária que abriga o 'Projeto Acolhe', que busca associar saúde mental e horticultura.

Para a realização do GF, desenvolveu-se um roteiro semiestruturado que foi submetido à apreciação de profissionais e residentes que atuam na APS e que não fariam parte do estudo, para verificar se as perguntas estavam compreensíveis e se eram coerentes com os objetivos propostos. O roteiro pautou discussões em relação ao processo de trabalho e às ações desenvolvidas no município, sendo organizado pelos seguintes norteadores: processo de trabalho e identificação das principais demandas da primeira infância; entendimentos sobre a promoção da saúde e identificação de práticas promotoras da saúde para a primeira infância no município; entendimento sobre a intersectorialidade e identificação de ações que realizam ou realizaram em parceria com outros setores, suas potencialidades e barreiras.

Considerando as características do território e procurando obter a representação dos atores sociais oriundos dos diferentes cenários presentes neste, nove representantes foram convidados a participar do GF, atuantes há, no mínimo, seis meses, dos quais oito compareceram: uma enfermeira coordenadora da UBS e conselheira do Conselho Municipal de Saúde; uma assistente social do Cras; uma coordenadora pedagógica do CMEI; uma terapeuta ocupacional gestora do Departamento de Saúde Mental; um coordenador do Programa Saúde na Escola (PSE); uma fisioterapeuta residente do programa de Residência em Saúde da Família; uma psicóloga do Centro de Apoio Multiprofissional ao Escolar (Came) e, também, da Macrorrede de Enfrentamento das Violências Contra Crianças e Adolescentes; e uma professora da Educação Infantil.

O GF foi realizado presencialmente em setembro de 2021, em um encontro com duração de 1 hora e 44 minutos. Os participantes

estavam dispostos ao redor de uma mesa e tinham materiais individuais, álcool em gel, todos usavam máscara e já haviam se vacinado com duas doses contra a Covid-19. Inicialmente, apresentaram-se os objetivos e procedimentos do estudo, os convidados preencherem seus crachás e uma ficha de caracterização.

Após o *rapport* inicial, foi realizada a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicitando as orientações quanto à faixa etária da primeira infância (zero a 72 meses de acordo com a PNAISC); o enquadre; o tempo estimado de duração do GF e a importância de todos contribuírem com o estudo por meio de suas falas. Não houve desistências.

Os atores sociais apresentaram média 37,7 anos, sendo sete mulheres e um homem. Em relação ao tempo de atuação, os participantes trabalhavam, em média, há seis anos no serviço público em diferentes setores (educação, saúde e assistência social). Destes, seis eram estatutários, e todos eram pós-graduados.

O GF contou ainda com a presença da pesquisadora (psicóloga, especialista em gestão pública e psicanálise), responsável pela facilitação, e de uma observadora (fisioterapeuta sanitária, mestra em saúde coletiva), treinada sobre que pontos observar, que contribuiu para a captação e o registro de comportamentos verbais e não verbais.

O material coletado foi organizado a partir das falas dos participantes e analisado à luz de Bardin¹². A partir da análise do material coletado, emergiram quatro categorias: 1) Demanda 'mais Pititiquinha' e a situação de saúde na Primeira Infância: da clínica ao social; 2) 'PueriCULTURA: Ritalina para Todo Mundo'; 3) 'Rede de Nó(s)': criando laços intersectoriais; 4) 'MultiplicAÇÃO': estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância.

Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra 'P', seguida de ordem numérica, indicando e diferenciando cada um deles. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE nº 42168821.8.0000.5231).

Resultados e discussão

A seguir, são apresentados resultados e discutidos cada uma das quatro categorias que emergiram no estudo.

Demanda 'mais Pititiquinha' e a situação de saúde na Primeira Infância: da clínica ao social

O novo cenário estabelecido no campo da saúde da criança a partir da integração dos recentes conhecimentos científicos, produzidos com os avanços tecnológicos e a nova demografia que se apresenta, trouxe a necessidade de mudanças no modelo de atenção à primeira infância.

Com o objetivo inicial de investigar as principais estratégias referentes à primeira infância e analisá-las sob a lógica da promoção da saúde, mapearam-se a atual situação de saúde e os fatores de risco preponderantes identificados pelos atores sociais durante o GF. Como ponto de partida, observou-se o aumento da demanda 'mais pititiquinha', isto é, demandas da faixa etária entre zero e 6 anos.

Em relação às condições de saúde na primeira infância, pôde-se verificar a existência de demandas de ordem clínica e social. Utilizou-se do conceito de demanda na identificação das queixas/problemas e na experiência do sofrimento percebida pelo sujeito expressada em seu pedido de ajuda, mesmo que este não representasse o motivo original da busca pelo serviço. Para as reflexões críticas propostas, norteou-se pelo conceito de necessidade, ordem subjacente à queixa, atravessada pelo desejo e pela demanda¹³.

Observou-se predominância da demarcação das demandas clínicas apontadas pelos atores, que vão desde queixas odontológicas, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, até transtornos sensoriais e distúrbios neurológicos. Quanto às demandas sociais, as situações predominantemente identificadas abordaram questões pungentes, como fome, obesidade, violência, negligência, fragilidade dos vínculos

familiares e do desenvolvimento da parentalidade, da perpetuação do ciclo da pobreza e das iniquidades¹⁴. As falas subsequentes denunciam as violações de direitos e expõem um apelo para olhar para essas demandas.

A nossa demanda aumentou, sobretudo para concessão de benefícios eventuais, sobretudo alimentação que é um direito básico, direito social... e essas famílias vêm ao Cras - famílias que nunca tinham acessado o Cras - veio atrás com a pandemia, por conta de não ter alimentos em casa, pelo desemprego, pela essa redução na renda [...] a família, hoje, brasileira, a maioria que nós atendemos não tem o que comer e teve o agravante, que as aulas foram remotas e essas famílias falavam, nos atendimentos, que elas dependiam da alimentação da escola. (P3).

Em 2020, estimava-se que mais da metade dos moradores do País enfrentavam algum grau de insegurança alimentar¹⁵, havendo cerca de 9,1 milhões de crianças e adolescentes de zero a 14 anos em situação domiciliar de extrema pobreza¹⁶.

Isso [insegurança alimentar] muito nos preocupou porque a gente tinha criança que a gente visitava e, realmente não tinha o que comer! Tivemos os casos das crianças que passaram fome, mas também, o caso das crianças obesas para escola. A grande maioria porque as crianças, praticamente viraram o tecido do sofá. (P6).

O resultado de todas essas violações de direito irrompe, de forma geral, no que se compreende como vulnerabilidade social. Ademais, entre as consequências dessas violações, estão: desnutrição, baixa estatura, agressividade e reprodução da violência, dificuldade de inter-relacionar-se, propensão ao isolamento, sofrimento psíquico, depressão, baixa autoestima, deficiências intelectuais, dificuldade de aprendizado, 'fracasso' escolar, entre outras¹⁷. A fala abaixo expressa o ciclo da pobreza:

Que hoje eu já tenho um certo tempo de educação e os meus ex-alunos, hoje, estão trazendo os filhos para escola e, aqueles mesmos problemas que a gente tinha com eles, eles repetem com os filhos e vão repetindo, repetindo e repetindo. (P6).

Apesar dessas constatações, entende-se que investir tempo, afeto, condições adequadas de crescimento e suporte ao desenvolvimento cognitivo-social pode auxiliar na reversão desse quadro, uma vez que o estímulo e o acompanhamento na primeira infância podem ser importantes para a quebra dos ciclos de pobreza e vulnerabilidade¹⁶.

'PueriCULTURA: Ritalina para Todo Mundo'

A princípio, inaugura-se, nessa categoria, uma discussão adiante da PueriCULTURA e, posteriormente, sua correlação com a medicalização da infância. Convencionalmente, a puericultura compreende o agrupamento de técnicas utilizadas desde a gestação até os 4 ou 5 anos de idade, para garantir o desenvolvimento físico e mental da criança, estendendo-se à puberdade¹⁸. Essa definição visa formar um adulto com melhor saúde e qualidade de vida, tendo por base a atenção à criança que auxilie todos os processos biológicos, psicológicos e sociais, de forma a prevenir enfermidades e colaborar para a expressão genética plena¹⁸.

Conforme Figueiredo¹⁹, o vir-a-ser do sujeito no mundo é permeado por um entrelaçamento de situações e acontecimentos que também são atravessados pelo ato de cuidar. O autor afirma que os cuidados para com a psique infantil, mesmo sofrendo ajustes a cada cultura, sociedade e época, ecoam significativamente ao longo da vida da criança e são pilares que permitem e permeiam o engendramento do sujeito.

A vulnerabilidade social, pano de fundo de todas as diferentes formas de violação de direito, destacou-se como um ponto central das demandas identificadas no território da APS. Dessa forma, considerando-se a atual dimensão política de retrocessos na garantia de direitos, na defesa

da vida e do cuidado em liberdade, desenvolveu-se mais claramente a problematização da produção da atenção na infância, observando-se a medicalização da vida como modelo hegemônico de resposta ante as mazelas sociais.

Em aparente paradoxo aos pontos que propiciam o pleno desenvolvimento e o cuidado na infância, os dados da pesquisa evidenciaram um amplo leque de demandas de situações de vulnerabilidade social e que, em algum momento, foram respondidas sob a égide da medicalização. Sublinham-se aqui características hegemônicas não atribuídas aos sujeitos da pesquisa, mas ao modelo estruturante que respalda a naturalização e a perpetração da vida medicalizada, como é perceptível em:

Agora que tá chegando mais essas crianças autistas (entre aspas, né?) que estão indo para avaliação. Na minha época de Caps infantil era TDAH, era osurto do TDAH. Agora, mudou um pouquinho para o autismo. TDAH para todo mundo, Ritalina para todo mundo. (P4).

Segundo Foucault, traz-se esse modelo como um dispositivo político de gestão social que exerce tanto disciplina quanto biopoder, executando uma biopolítica de apropriação da vida humana²⁰.

Trata-se assim do desafio de implementar essa política transversal nos marcos de uma interdisciplinaridade tanto conceitual quanto na práxis, tendo por referência o paradigma da integralidade em saúde, para além do próprio setor saúde, em direção à rede.

'Rede de Nó(s)': criando laços intersetoriais

E a Rede somos nós [...] e continua esse nó: a gente responsabiliza a Rede como se fosse algo abstrato, algo longe... Mas somos nós! (P3).

Para Mendes²¹, as RAS, coordenadas pela APS, são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si

por uma missão única, por interesses comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Mediante sua responsabilidade sanitária e econômica para com a população, a RAS objetiva ofertar uma atenção integral e longitudinal que proporcione a resposta mais oportuna às necessidades de saúde da comunidade.

Observou-se que os arranjos organizativos que constituem o processo de trabalho dos atores sociais que compuseram a rede desta pesquisa, no que concerne à promoção da saúde na primeira infância, apresentaram-se ambigualmente como um nó. Por um lado, nó que aperta, obstrui, é difícil de desatar; por outro, um nó que segura, que ampara e que integra: nó como laço. Nós e os nós.

O primeiro nó crítico identificado pelos atores sociais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde na primeira infância foram os desafios estruturais do processo de trabalho: o excesso de trabalho, a falta de profissionais e o desamparo dos profissionais perante as impossibilidades materiais, no exercício de suas atribuições.

Compreende-se que a hegemonia do modelo biomédico de atenção: “*a gente apaga fogo*” (P3); a fragmentação do cuidado: “*às vezes os profissionais nem se encontram*” (P4); a fragilidade da APS enquanto centro de comunicação da RAS: “*a UBS não tem planejamento*” (P4); o subfinanciamento, os problemas de governança e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): “*ver até onde a gente consegue [...] a gente precisa acionar essa rede*” (P2); estão diretamente associados aos desafios impostos no cotidiano do trabalho.

Outra adversidade debatida pelos participantes foi a dificuldade de apropriar-se do território de abrangência devido a sua grande extensão, singularidade e complexidade. Para o grupo, propor estratégias de promoção da saúde na primeira infância é considerado muito importante. Entretanto, para além da grande demanda, dos desafios exigidos e das forças atuantes no território, os participantes não se sentem capacitados para desenvolver ações e atuar nessa faixa etária (0 a 6 anos).

Assim, parece que a formação profissional é um nó crítico.

Perante as (im)possibilidades cotidianas apresentadas, os atores sociais trouxeram também a questão do sofrimento produzido pela invisibilidade da dimensão intangível do trabalho. Observou-se inicialmente uma ausência de definição de limites claros que demarquem as atribuições profissionais.

No entanto, mesmo diante dos nós críticos identificados, os atores mostraram-se propositivos, abordando os problemas do território sob a perspectiva da potência de vida. Quando os atores sociais foram abordados em relação à promoção da saúde na primeira infância, o elemento ‘intersectorialidade’ surgiu como precursor do cuidado integral, apontado como caminho possível para atender adequadamente às necessidades de saúde identificadas nessa faixa etária.

A intersectorialidade busca garantir a integralidade das ações de atendimento à criança; assim como parte do entendimento de que a criança que acessa o serviço de saúde é a mesma que acessa a creche ou a pré-escola da comunidade, as atividades de esportes, os programas da assistência social e os demais equipamentos disponíveis no território e na comunidade²².

Esse aspecto sobre integração serviço-profissional-comunidade foi manifestado nas falas. Os atores sociais refletiram sobre como promover encontros para planejar estratégias mais condizentes com as realidades do território que atendem, apontando ser imperativa a transformação dos discursos em ações.

‘MultiplicAÇÃO’: estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância

Práticas desenvolvidas comunitariamente e apoiadas nos preceitos da promoção da saúde buscam superar o modelo setorial e o paradigma medicalizante, bem como avançar na construção da intersectorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação

social. Nesse sentido, e em ‘passos de formiguinhas’, o grupo vai executando, com intervenções humanizadas, de modo delicado, quase imperceptível, mas com persistência, a promoção da saúde na primeira infância como ela deve ser: integral, um recurso para o enfrentamento da medicalização da vida. Assim, vão tecendo redes.

Na exposição dessas práticas, uma questão recorrente percebida foi a polissemia do conceito de promoção da saúde. Em linhas gerais, destacou-se a inexatidão apresentada pelo grupo entre os termos ‘prevenção’ e ‘promoção’, constantemente colocados como conceitos análogos. O conceito de promoção da saúde ainda emergiu delineado pela ordem biomédica, associado a práticas clínicas assistenciais e à prevenção de agravos. Em outros termos, uma linha tênue entre ‘promoção’ e ‘prevenção’ conduziu à primeira ideia de saúde como ausência de doença. Outrossim, incontestavelmente, essa compreensão interfere nas ações que foram relatadas.

Posto isso, tem-se que, no município em que o estudo foi realizado, para além das ações educativas, as intervenções em grupos praticadas intrassetorialmente também foram elencadas como espaços de promoção da saúde na primeira infância. Foi destacado que essas ações estimularam a corresponsabilização do cuidado, o apoio mútuo, a sustentabilidade das ações, além do resgate, de forma intergeracional, do brincar como recurso terapêutico, organizador e constituinte do desenvolvimento infantil; exemplificado no excerto a seguir:

[...] E que acontecia de ações que eu achava que era bem legal... assim... com as crianças maiores de nove meses a um ano e aí, de um ano e seis meses, que a gente trabalhava, com os pais, confecções de brinquedos de recicláveis. Aí, a gente sempre se dividia. Aí, ficava algum pessoal com as crianças avaliando e fazendo as demandas e aí, uma outra equipe, com os pais, para confecção de brinquedos... assim... e era bem legal, porque, às vezes, a gente tirava algumas coisas desses pais... tipo... falta de alimentação ou violência, com uma outra forma

de diálogo, né, do que você e ele está sentado ali, conversando e você até sabe que existe, mas, ela não quer te falar, você também não tem como, né, exigir que isso aconteça. (P2).

Também se evidenciou que as ações em grupos exprimem maior correspondência com o que os atores sociais qualificam como promoção da saúde em detrimento das ações individuais; o que não significa que ações individuais não possam ser desenvolvidas sob o enfoque da promoção da saúde, uma vez que podem ser capazes de instigar reflexões críticas, promovendo inclusive valores importantes como autonomia e empoderamento.

[...] Quando eu abordo uma criança, eu faço avaliação: realmente, não tem um atraso, não tem nada, mas, independente, eu não dispenso, né? Eu chamo a mãe, acompanha tudo. Se é um pouquinho maior, dou um papel para rabiscar, dou tinta, né, enfim... (P8).

Em alusões feitas pelos participantes, entendeu-se que a articulação entre Escola e APS é a base do PSE, e suas ações estão em conformidade com os eixos propostos pelo programa. Uma demonstração dessa parceria pode ser verificada em construções intersectoriais que foram anunciadas como ações de promoção de saúde na primeira infância:

[...] dentro das escolas tem o projeto das hortas porque, os vetores nossos, que levam informação para casa, é muito interessante, porque a maioria das famílias tem horta em casa. A gente tem projeto adubo: horta orgânica aproveita o adubo da cozinha, tem compostagem. (P5).

Esses projetos são, na verdade, muito mais abrangentes. As duas iniciativas, ambas com propósito de promover saúde, utilizaram-se da construção de uma horta nos espaços do CMEI e da UBS para beneficiar a comunidade.

Detalham-se aqui as ações do CMEI que se iniciam com o Projeto Municipal de Aquisição de Alimentos da Agricultura

Familiar (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Para reforçar a merenda escolar, o colégio adquire seus produtos de agricultores familiares, incluindo hortaliças, frutas, doces e pães.

Ampliando essas estratégias, em 2014, criou-se o projeto ‘Sementes do Futuro’ que, por meio de temas como o consumo consciente de água, a separação correta do lixo, o cultivo de jardins e hortas domiciliares e reflorestamento, incorporados aos CMEI, levam para as crianças o aprendizado de que precisam ter hábitos sustentáveis se quiserem garantir a disponibilidade de recursos naturais no futuro. Por isso, para diminuir a quantidade do lixo produzido no ambiente escolar, aproveitando as sobras e descartes dos alimentos consumidos pelos alunos durante as refeições, começou-se a produzir adubo para ser utilizado em hortas pedagógicas. A Autarquia Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente firmaram uma parceria com o objetivo de ensinar técnicas de compostagem aos estudantes.

Observou-se que essa ação de promoção da saúde na primeira infância, a partir do comprometimento de diversos setores, sistemas, programas, serviços, atores e estruturas adequadas, oportunizou o estímulo e o apoio à alimentação complementar saudável, promovendo o acesso a ambientes de vida saudáveis e cooperando no combate da fome e da insegurança alimentar. A multiplicidade de profissionais e de serviços, além do fortalecimento da rede comunitária e o fazer político, está em conformidade com o que se espera de ações que buscam ser promotoras de saúde.

O grupo demonstrou não ignorar desafios, demandas, desejos, necessidades e potencialidades identificadas, e trouxe reflexões sobre a importância de planejar e implementar políticas de atenção à primeira infância de forma intersetorial para promover o desenvolvimento infantil integral. Os atores sociais consideraram o investimento na primeira infância como primordial para a garantia de um futuro melhor, como exemplifica a fala:

Lá dentro do CMEI, neste período pandêmico, porém foi pontual, aconteceu a entrega das cestas [referindo-se às cestas básicas de alimentos e produtos hortifrutigranjeiros] [...] dessa maneira, as Diretoras, Professoras, Coordenadoras, recebiam, separado, o pessoal que tinha contrato com o Município [referindo-se à agricultura familiar] levaram todas as caixas lá, ia lá, ajudava descarregar, separava, colocava na sacola e nomeava e ainda entregava. 'Ah, não deu para buscar!', aí a criança ficava com fome, aí o que a gente fazia: eu enchia o porta-mala do meu carro e ia, de casa em casa, depois do horário. (P6).

Nessa iniciativa liderada pelo CMEI, foi possível perceber que não foram apenas entregas de cestas básicas, mas, para além disso, articulações intra e intersetoriais foram realizadas e ativaram Cras, UBS, Autarquia Municipal de Educação, Autarquia Municipal de Saúde, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Assistência Social, Gestão Municipal e Comunidade. Dessa forma, as crianças cadastradas no Programa Bolsa Família por intermédio da escola recebiam as cestas fornecidas pelo Cras, e aquelas que não estavam cadastradas, igualmente foram incluídas no programa. Ressalta-se que a ação advogou pela garantia de direitos básicos a essas famílias como precursora da defesa da saúde e da vida. A solidariedade, o respeito e o compromisso ético das professoras asseguraram o acesso a todas as crianças, ainda se observando as questões de equidade e inclusão social.

Considerações finais

Os primeiros anos de vida são como a fundação de uma casa, e, ao investir na primeira infância, investe-se em toda a sociedade: ao mudar o começo da história, muda-se a história toda²³. Imbuída dessa vontade, esta pesquisa imergiu no campo da promoção da saúde na primeira infância.

Com a pesquisa ancorando-se nas discussões sobre promoção da saúde na primeira

infância e na intersectorialidade, verificou-se a existência, além das demandas, também de estratégias, recursos e potências. O conjunto de ideias centrais reveladas nesta pesquisa trouxe à tona a visão de uma primeira infância fragilizada, demarcada por uma lacuna assistencial que, mesmo em seus incontáveis avanços, ainda mostra sinais de uma sociedade vulnerável.

Notou-se, por conseguinte, um padrão de concordância entre os participantes da pesquisa em relação aos problemas identificados na primeira infância como relevantes e prioritários, principalmente aqueles relativos ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; à eclosão de transtornos ‘psiquiátricos’ cada vez mais cedo; às dificuldades da rede para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil, principalmente diante do modelo biomédico e da lacuna de formação. A sobrecarga e o sucateamento do trabalho, os recursos insuficientes e a persistência malsucedida de articulação com os conselhos e com a participação popular também dificultam as iniciativas intersectoriais e a aproximação aos preceitos da promoção da saúde.

A pesquisa destaca positivamente as intervenções coletivas que consideraram a intergeracionalidade, criando espaços físicos e psíquicos de brincar e de produção de vida, além dos mecanismos utilizados para o favorecimento de famílias e comunidades na construção de hortas sustentáveis.

Já a despeito de ações intersectoriais, apresentaram-se as palestras, as campanhas, o PSE, os projetos e as ações desenvolvidas pelo CMEI durante a pandemia da Covid-19, que adquiriram novos sentidos e significados quando se buscou superar o modelo assistencial preponderante e inclinou-se a operar sob a lógica da intersectorialidade, da clínica ampliada, do cuidado centrado na pessoa e do protagonismo da comunidade.

Destaca-se o conjunto de estratégias governadas pela educação que, a partir das necessidades do território, buscou uma articulação

intersectorial associando saúde, assistência social, gestão municipal e comunidade. Além disso, por meio da parceria com a agricultura familiar e aquisição de produtos orgânicos custeados pelo município, considerou questões de acesso, acessibilidade, inclusão social, equidade, solidariedade, humanização, sustentabilidade e ética, agregando quase em sua totalidade toda base valorativa da promoção da saúde.

Acredita-se que as diretrizes até então preconizadas pela gestão pública em saúde devam ser colocadas em prática, permitindo aos profissionais a operacionalização das demandas existentes. Para isso, sugere-se fortalecer a lógica da promoção da saúde tecendo redes locais, para o desenvolvimento integral na primeira infância, e a construção de um modelo exequível (programático, financeiro e de avaliação).

Não foi possível contar com a presença de representantes do esporte e da cultura devido à realidade sanitária do novo coronavírus; assim, optou-se também por não inserir um representante da comunidade, pois o Conselho Local de Saúde estava suspenso. Outras limitações estão associadas ao fato de a pesquisa ser pontual, realizada em coleta única e durante uma pandemia, além de estar apoiada sob a perspectiva dos(as) coordenadores(as) para eleição do território. Assim, recomenda-se que futuramente se realizem projetos aplicativos, de intervenção, pesquisa-ação e oficinas para ultrapassar diagnósticos e pautar discussões *in loco* no território e nos espaços escolares, incluindo comunidade, outros serviços, setores e movimentos sociais.

De tal modo, sugere-se que, para consolidar o desejo expresso de ofertar a integralidade da atenção e contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, aposte-se em estratégias capazes de combater e superar a desarticulação presente entre as esferas políticas, de planejamento e de gestão, investindo no planejamento ascendente e compartilhado, além de traduzir essas dimensões intangíveis para ações concretas.

Propõe-se, por fim, que a reflexão sobre a promoção da saúde enquanto alternativa antagônica à medicalização da vida seja parte inerente das discussões sobre processo saúde-doença e na produção do cuidado na infância, e que se invista na intersectorialidade como catalisadora de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades do território, estabelecendo-se redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando-se um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais. Dessa forma, viabiliza-se o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que se trabalha com ações vinculadas à clínica, à

vigilância em saúde e à promoção da saúde. São ações pensadas pela, para e com a comunidade para desenvolver e promover, no ‘micro’ e no ‘macro’, saúde no território, em especial, na primeira infância. Tecer redes locais é um dos caminhos possíveis.

Colaboradores

Moura CS (0000-0001-7773-1010)*, Grossi-Milani R (0000-0003-2918-1266)*, Mendonça FF (0000-0002-3532-5070)* e Loch MR (0000-0002-2680-4686)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Souza PF, Maciel SC, Medeiros KT. Paradigma Bio-médico X Psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Trends in Psychology*. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 26(2):883-895. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2018000200013&lng=pt&nrm=iso.
2. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Estados Unidos: JHU Press; 2007.
3. Tavares LAT. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
4. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. In: Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
5. Campos RO, Passos E, Palombini A, et al. *Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. 2014 [acesso em 2022 out 1]. Disponível em: www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 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). *Diário Oficial da União*. 5 Ago 2015.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. 2017 [acesso em 2022 jan 24]; 389(10064):91-102.
9. Colussi CF, Pereira KG. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC; 2016.
10. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Morbidade e mortalidade infantil associadas a respostas políticas alternativas à crise econômica no Brasil: um estudo de micro-simulação nacional. *PLoS Med*. 2018 [acesso em 2022 jan 19]; (15):e1002570.
11. Apucarana. Prefeitura, Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2021 [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: <https://apucarana.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-licitacoes/detalhar/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1650575546894&file=77BC4ABF80015EB0F106B9C7B7AD97F00E787A70&sistema=WTR&classe=UploadTransparencia>.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Pinheiro R, Araujo RM. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. rev. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; CEPESC; ABRASCO; 2006. [acesso em 2022 out 3]. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>.
14. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2010. [acesso em 2022 jan 19]. Disponível em: https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Reducao_desigualdades_relatorio2010_Determinantes-Sociais-de-Saude.pdf.
15. Rede PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. [data desconhecida]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/olheparaafome/>.
16. Fundação ABRINQ. Cenário da infância e adolescência no Brasil. São Paulo: RWC Gráfica; 2021.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
18. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRSF. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. 2005; (81):7-13.
19. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.
20. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. Brasil. Secretaria Executiva da Rede Nacional da Primeira Infância, Instituto da Infância. A interseccionalidade nas políticas públicas para a primeira infância. 2015. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSECCIONAL.pdf>.
23. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004b. Cria o Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União*. 12 Jan 2004.
24. Comitê Científico do Núcleo pela Infância. Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2016.

Recebido em 22/04/2022
Aprovado em 07/10/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve