



REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

Saúde e infância:

a EBBS e

**a construção
da PNAISC**

**- conceitos
e experiências**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

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

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

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

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE (SAS)

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS

ESTRATÉGICAS (DAPES)

COORDENAÇÃO-GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E

ALEITAMENTO MATERNO (CGSCAM)

Dr. Paulo Vicente Bonilha de Almeida

CAPA | COVER

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

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

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

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

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

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo
Luiza Nunes

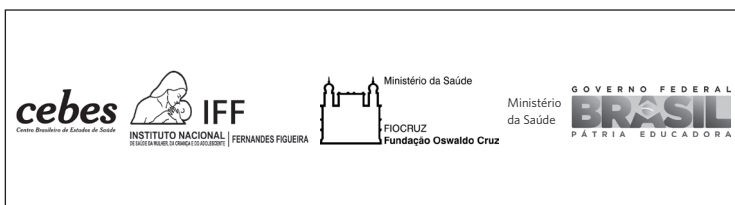
INDEXAÇÃO | INDEXATION

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

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 53 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, JANEIRO 2016

- 5 **EDITORIAL** | EDITORIAL
- 8 **APRESENTAÇÃO** | PRESENTATION
- ARTIGO DE OPINIÃO** | OPINION ARTICLE
- 11 **Saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto da Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2030**
Women's, children's and adolescents' health in the context of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development
Paulo Marchiori Buss, Regina Ungerer
- ENSAIO** | ESSAY
- 25 **Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado**
From the paradigm of domination to the paradigm of care
Carlos Alberto Plastino
- RELATO DE EXPERIÊNCIA** | CASE STUDY
- 41 **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**
Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): reasons and affections of a strategic path advocating a National Policy for Comprehensive Child Health Care
Liliane Mendes Penello, Selma Eschenazi do Rosario
- 59 **Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**
Cartography, groupality and care: conceptual operators of the process of formation of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
Marisa Schargel Maia, Luciana Bettini Pitombo, Selma Eschenazi do Rosario, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira, Elizabeth Cruz Müller
- 76 **Plataforma EAD: uma ferramenta que aproxima as pessoas**
EAD platform: a tool that brings people closer
Liliana Maria Planel Lugarinho, Flávia Costa Figueiredo, Sheila Paula da Silva Ferreira
- ARTIGO ORIGINAL** | ORIGINAL ARTICLE
- 87 **Os modos de fazer consultoria: o olhar da gestão para o trabalho dos consultores de saúde da criança nos estados brasileiros**
The ways of doing consultancy: the perspective of management for the work of child health consultants in the Brazilian states
Sonia Isoyama Venancio, Paulo Germano de Frias, Zeni Carvalho Lamy, Lilian Cordova do Espírito Santo, Ricardo Cesar Caraffa
- DOCUMENTO** | DOCUMENT
- 96 **PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015**

Editorial

QUANDO, EM 1976, UM grupo de jovens sanitaristas se reuniu com alguns outros profissionais de saúde para fundar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a rede pública de Atenção Básica à Saúde consistia de número restrito de centros de saúde em geral administrados por Secretarias Estaduais de Saúde. Essas unidades, na sua maioria, prestavam escassas ações de prevenção por meio de uma assistência materno-infantil considerada ainda precária. Ao longo da luta pela Reforma Sanitária, então iniciada, e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa situação foi substancialmente transformada. Temos atualmente em torno de 40 mil Equipes de Saúde da Família, que cobrem mais de 60% da população, e aproximadamente 40 mil Unidades Básicas de Saúde. Em contraste com os tradicionais centros de saúde, as Equipes de Saúde da Família ou das Unidades Básicas de Saúde procuram atender as pessoas em todos os seus ciclos de vida. Entre os distintos ciclos de vida, os extremos — infância e velhice — são os períodos de maior vulnerabilidade.

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

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

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

A situação aparentemente contraditória do SUS não é meramente resultado da complexidade do processo de criação de um novo sistema de saúde. Sem dúvida, a maturação de tal processo é relativamente longa ao implicar: a criação de uma nova infraestrutura, a formação

de profissionais de saúde, a aplicação de novas tecnologias, a introdução de novos modelos de gestão e de atenção e o aumento substancial de recursos financeiros. Todavia, isso não explica suficientemente o atual estágio de implantação do SUS nem decorre apenas do fato de que, ao ser criado, já houvesse um mercado privado de planos de saúde e estabelecimentos. Também não decorre da falta de vontade política do setor da saúde pública, pois há evidentes esforços do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde e setores da sociedade civil para avançar e dar concretude aos princípios do SUS. Um dos tantos exemplos é a iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, quando decidem, em 2007, trabalhar uma estratégia — posteriormente denominada Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) — com o objetivo maior de contribuir para a formulação e para a implantação de uma política de cobertura nacional voltada à atenção integral à saúde da criança, considerando fundamentalmente o artigo 227 da Constituição Federal, que dedica à criança brasileira prioridade em todas as ações de cuidado.

Há vários fatores que freiam o avanço do SUS, dentre eles, vale destacar dois: a falta de uma ampla base política nessa defesa e uma política hegemônica, de cunho neoliberal, que fomenta a privatização da saúde, tornando-a mais uma mercadoria a ser consumida.

As elites brasileiras têm se mostrado avessas a políticas sociais: setores da classe média têm resistido à redistribuição de renda e à construção de uma sociedade baseada em cidadania e preferem manter uma atenção à saúde diferenciada através de planos privados de saúde. Em contrapartida, os sindicatos dos trabalhadores estão lutando, desde a década de 1970, por planos de saúde corporativos mantidos pelas empresas, que os utilizam como ‘benefícios’ para seus empregados.

A atual crise econômica, em grande parte fabricada pela mídia que se comporta como representante de verdadeiros partidos políticos, do capital financeiro e das elites econômicas brasileiras, implica sérias ameaças às políticas redistributivas e à construção de uma sociedade mais justa. Na esteira da hegemonia do capital financeiro, cresce a pressão para a privatização de serviços públicos e para a redução de gastos com políticas públicas. Nesse contexto, a primeira ameaça ao SUS é o agravamento do crônico subfinanciamento.

Entretanto, a crise tem também um outro lado. O crescimento do desemprego e a redução da renda familiar poderão ampliar o número de pessoas sem acesso a planos de saúde. E se, de acordo com a mídia, a maior procura do SUS tornaria pior o que já é ruim, na realidade poderá provocar maior pressão para a efetivação do direito à saúde e à melhoria do sistema. Essa pressão, a nosso ver, poderá fortalecer a persistente luta dos movimentos sociais pelo avanço da democracia, de uma sociedade mais justa e igualitária e em defesa da manutenção dos direitos sociais consagrados pela Constituição Federal, promovendo também novas formas de solidariedade e pertencimento social em amplos setores da população.

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

É fundamental destacar nesta iniciativa exitosa entre a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fiocruz um aspecto ousado e

inovador não só na formulação da política, na metodologia participativa de sua construção, pautada no respeito ao coletivo de agentes que com ela se relacionam, fortalecendo o pacto interfederativo para sua consolidação, como também no seu conteúdo, permeado por princípios humanizadores notáveis, entre eles o do ambiente facilitador à vida, criado e desenvolvido com tanta expectativa pela EBBS.

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

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

Boa Leitura!

Cornelis Johannes van Stralen

Presidente do Cebes

Ana Maria Costa

Diretora Nacional do Cebes

Liliane Mendes Penello

Coordenadora da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Apresentação

COMPOSTA POR PROFISSIONAIS DE diversos segmentos da área da saúde envolvidos com a causa da infância, esta revista simboliza mais um passo no aprimoramento da qualidade de vida das nossas pequenas brasileiras e dos nossos pequenos brasileiros, assim como de suas famílias. Representa mais um esforço no fortalecimento de políticas de proteção à primeira infância.

Os autores que contribuíram com este periódico trabalham em instituições públicas, seja na posição de gestão, como pesquisadores e professores que desenvolvem o seu trabalho nas universidades, seja na esfera assistencial direta a essa população. Trata-se de verdadeiros militantes na busca por soluções, muitas vezes complexas, que desafiam a adoção de padrões de equidade biológica, emocional, educacional, cultural, social e econômica. Isso tudo, considerando a riqueza da diversidade populacional, a dimensão continental e as diferenças regionais que conformam as inúmeras infâncias brasileiras.

É sobre essas inúmeras infâncias que precisamos nos debruçar. Sabemos que o período que vai da gestação até os 6 anos, conhecido como primeira infância, é crucial para o desenvolvimento saudável, seja ele observado do ponto de vista físico, emocional ou mental. Sabemos também que enquanto a criança for tratada de forma fragmentada, sem que haja articulação entre as esferas que a acompanham, o seu amadurecimento não será facilitado. Não é de hoje que a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) levanta esses aspectos, enfatizando a importância da integração de todos os envolvidos nesse processo, com especial atenção ao fortalecimento dos pactos entre gestores das esferas governamentais e também entre a sociedade civil.

Muito antes da coroação de todo esse processo, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) por meio da Portaria GM 1.130, de 5 de agosto de 2015, a EBBS já inspirava a implementação de políticas públicas pró-primeira infância. A partir da estreita parceria com a então Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, o fortalecimento do pacto interfederativo já era uma prioridade. As discussões sobre a importância de se manter um ambiente emocional facilitador do crescimento, com ênfase no vínculo amoroso, assim como a intersectorialidade como fator primordial para o sucesso do desenvolvimento de nossas crianças em sua plenitude, já se constituíam como um dos pilares do trabalho da EBBS.

Os esforços para tornar a PNAISC em realidade surgem exatamente da necessidade de integrar não só os níveis de atenção e as diversas redes, mas também em sistematizar e articular as diferentes ações, programas e políticas existentes no campo da saúde da criança no País. Nesse sentido, a experiência construída pela EBBS fez a diferença no suporte metodológico da elaboração da PNAISC.

Eis aqui, nas próximas páginas, considerações sobre esse trabalho, enriquecidas pela participação de autores convidados que, desde sempre, têm acompanhado e contribuído nessa caminhada, associadas aos relatos e exposição dos temas abordados pelos profissionais que tiveram participação ativa nesta estreita parceria entre a Coordenação-Geral de Saúde da

Criança e Aleitamento Materno (MS) e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), por meio da EBBS. Convido você, caro leitor, a se debruçar e compartilhar esses relatos. A disseminação dessa vivência exitosa muito contribuirá para o enfrentamento dos inúmeros desafios que ainda cercam a Atenção Integral à Saúde da Criança.

No primeiro artigo, Paulo Marchiori Buss e Regina Ungerer descrevem os resultados dos esforços globais alinhados aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e às metas alcançadas de forma geral pelos países. Destacam principalmente as metas 4, 5 e 6, relacionadas com a saúde materna e infantil, e mostram um panorama do que aconteceu e do que se espera com a agenda 2030 das Nações Unidas, que balizará todas as ações entre 2016 e 2030 voltadas para a criança e sua rede cuidadora, incluindo também os adolescentes, que não haviam sido contemplados por ocasião dos ODM. Com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) expressos na agenda 2030, são analisados os principais desafios a serem enfrentados para que os países, inclusive o Brasil, possam alcançá-los.

Em seguida, Carlos Alberto Plastino nos oferece a oportunidade de uma reflexão teórica fundamental para entender as bases filosóficas que norteiam esse projeto, apresentando ‘O paradigma da dominação e o paradigma do cuidado’. O autor discute as características centrais do que denomina ‘paradigma da dominação’, assinalando suas profundas raízes na dominação patriarcal e na consolidação das crenças fundamentais da modernidade, seus dualismos constitutivos e a consequente desvalorização da natureza, da mulher e dos sentimentos. Ele confronta essas características com o que denomina ‘paradigma do cuidado’, entendendo por tal, para além da atitude que esta palavra evoca, uma importante modalidade de relacionamento intersubjetivo responsável não apenas pela constituição dos sujeitos, mas também pela configuração dos laços profundos que fundamentam o tecido social. Nesse contexto, discute sumariamente a emergência de elementos constitutivos desse novo paradigma no contexto da acelerada decadência da dominação patriarcal e de uma profunda transformação do papel da mulher na contemporaneidade.

No terceiro artigo, ‘Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança’, Liliane Mendes Penello e Selma Eschenazi do Rosario buscam o significado do termo ‘estratégia’, em um dado período histórico, iniciando esta discussão com contribuições teóricas e conceituais, vinculando-as ao paradigma do cuidado e à produção de saúde no terceiro milênio. O foco recai sobre a segunda fase dessa pesquisa-intervenção, que procura responder a duas questões principais: por que o campo da Saúde, com foco na produção de saúde, necessita de propostas estratégicas para contribuir na formulação e implantação de uma política pública que objetiva o cuidado integral à criança e seus cuidadores? E, em se tratando de construção estratégica, que táticas foram priorizadas para proposição de ações resolutivas de enfrentamento às iniquidades vinculadas a esta agenda? Sobre o ‘como fazer’, trazem a experiência EBBS na formação de profissionais de saúde, priorizando tecnologias relacionais como base para inovações. O fortalecimento do pacto interfederativo entre atores dos três níveis da federação com participação da sociedade civil resultou na formulação da PNAISC, uma política pública que reconhece o pleno desenvolvimento infantil como agenda prioritária a ser considerada para o desenvolvimento sustentável do País.

Na sequência, temos o artigo ‘Cartografia, Grupalidade e Cuidado – operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis’, em que as autoras Marisa Schargel Maia, Luciana Bettini Pitombo, Selma Eschenazi do Rosario, Jane Gonçalves Nogueira e Elizabeth Müller, a partir da experiência da EBBS, descrevem e

sistematizam a proposta de formação no campo da educação em saúde, encarnada aqui no processo de formação dos Consultores Estaduais de Saúde da Criança. Para tal, desenvolveu-se uma metodologia baseada em três operadores conceituais, dinamicamente interligados: a cartografia como processo de entrada, conhecimento e reconhecimento do território, o uso da grupalidade como dispositivo de ação e a dimensão ética do cuidado. Sublinha-se o modo de fazer específico que prioriza a inclusão da dimensão sensível no processo de formação.

Liliana Planel Lugarinho, Flávia Figueiredo e Sheila Paula da Silva Ferreira escrevem o artigo denominado ‘Plataforma EAD: uma ferramenta que aproxima as pessoas’, no qual as autoras descrevem a experiência de utilização de uma plataforma virtual para potencializar o processo de formulação e implantação da PNAISC. A narrativa esclarece como uma ferramenta considerada ‘dura’ pode ser transformada para manter vivo o vínculo entre os participantes de um coletivo. Nele, apresenta-se a metodologia de trabalho criada, as modificações realizadas ao longo do tempo, as dificuldades encontradas e relatos de experiência das pessoas que utilizam a plataforma. Procura-se também demonstrar que, apesar de o Brasil possuir dimensão continental, foi possível moldar uma ferramenta para a aproximação de uma equipe de trabalho, unindo comprometimento, capacidade técnica e afetividade. Propõe-se uma nova maneira de fazer e dar suporte para os desafios das ações nos territórios.

O artigo ‘Os modos de fazer consultoria: o olhar da gestão para o trabalho dos consultores de saúde da criança nos estados brasileiros’, de Sonia Isoyama Venâncio, Paulo Germano Frias, Zeny Carvalho Lamy, Lilian Cordova do Espírito Santo e Ricardo Cesar Carafa, tem como objetivo analisar a atuação dos consultores estaduais do Ministério da Saúde vinculados à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, buscando identificar fortalezas e fragilidades deste processo. Foi realizada análise documental a partir de relatórios de trabalho. Evidenciou-se a diversidade das ações desenvolvidas pelos consultores estaduais, a especificidade de sua atuação e articulação das ações de saúde da criança em todas as redes temáticas de atenção à saúde.

Encerrando esta publicação, você poderá consultar o texto da Portaria GM 1.130, de 5 de agosto de 2015, que traz a PNAISC, principal produto do extenso e intenso trabalho realizado nesta iniciativa conjunta CGSCAM/EBBS. Essa Política é apresentada com muita satisfação e expectativa de compartilhamento, divulgação e efetiva contribuição às necessárias mudanças pela priorização da atenção cuidadosa e integral às nossas brasileiras e brasileiros.

Boa leitura!

Carlos Maurício de Paulo Maciel

Diretor do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Saúde da mulher, da criança e do adolescente no contexto da Agenda das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2030

Women's, children's and adolescents' health in the context of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development

Paulo Marchiori Buss¹, Regina Ungerer²

Introdução

Os chefes de Estado e de Governo dos países membros das Nações Unidas reuniram-se na Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, entre 25 e 27 de setembro de 2015, na sede da Organização, em Nova York. Nesta oportunidade, firmaram os termos da Agenda do Desenvolvimento Sustentável 2030, assim como aprovaram os Objetivos do

Quadro 1. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas em todos os lugares
2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e implementar a nutrição e promover a agricultura sustentável
3. Assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar para todos em todas as idades
4. Assegurar educação de qualidade, equitativa e inclusiva, e oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
5. Alcançar igualdade de gênero e empoderamento de todas as mulheres e meninas
6. Assegurar disponibilidade e gerenciamento sustentável de água e saneamento para todos
7. Assegurar o acesso à energia moderna, sustentável, confiável e a preços acessíveis para todos
8. Promover crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos
9. Construir infraestrutura resiliente, promover industrialização inclusiva e sustentável e criar inovações
10. Reduzir desigualdades dentro e entre países
11. Construir cidades e assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
12. Assegurar padrões de consumo e produção sustentáveis
13. Realizar ações urgentes para combater as alterações climáticas e seus impactos
14. Conservar e usar sustentavelmente oceanos, mares e recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
15. Proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, manejar sustentavelmente as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação de terras e deter a perda de biodiversidade
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, propiciar o acesso à justiça para todos e construir instituições inclusivas, responsáveis e efetivas em todos os níveis
17. Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Academia Nacional de Medicina (ANM) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. buss@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. regina.ungerer@fiocruz.br

Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Como ocorrera na Cúpula do Milênio e nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), no ano 2000, mulheres, crianças e adolescentes também receberam a devida atenção nessa Conferência, considerada a mais importante reunião sobre política global e desenvolvimento, e a saúde continua sendo objeto de especial atenção por parte dos mais importantes líderes políticos do mundo.

O presente artigo pretende apresentar a situação mundial da saúde de mulheres, crianças e adolescentes, que justifica sua manutenção como prioridade no novo pacto global, analisar o desempenho das metas do desenvolvimento do milênio relacionados com a saúde (ODM 4, 5, 6) e abordar a inserção do grupo nesse novo pacto mundial que se estabeleceu para os próximos 15 anos. Antes, contudo, pretende discutir algumas questões conceituais sobre desenvolvimento sustentável e o grupo de mulheres, crianças e adolescentes como parte deste desenvolvimento.

Desenvolvimento sustentável

O conceito de desenvolvimento sustentável mais divulgado é o da Comissão das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (BRUNDTLAND COMMISSION, 1987, P. 16), de 1987, que o define como “o desenvolvimento que atende as necessidades do presente sem comprometer o atendimento das necessidades das gerações futuras”.

No entanto, o desenvolvimento sustentável que atenda às necessidades do futuro exige o equilíbrio e a convergência entre três pilares: desenvolvimento econômico, equidade social e proteção ambiental. Este conceito tem bases na Cúpula da Terra, a Rio 92, é reafirmado na Cúpula de Johannesburgo (2002) e se consolida na Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20, realizada em 2012. O documento final da Conferência, ‘O Futuro que Queremos’,

refere-se ao desenvolvimento sustentável, reconhecendo que:

Erradicar a pobreza, mudar o que é insustentável, promover padrões sustentáveis de consumo e produção, proteger e gerir a base de recursos naturais do desenvolvimento econômico e social são objetivos abrangentes e requerimentos essenciais para o desenvolvimento sustentável. [...] Reafirma a necessidade de alcançar o desenvolvimento sustentável pela promoção do crescimento econômico, sustentado, inclusivo e equitativo, criando melhores oportunidades para todos, reduzindo desigualdades, elevando os padrões básicos de vida, fomentando a inclusão e o desenvolvimento social e equitativo e promovendo a gestão integrada e sustentável dos recursos naturais e dos ecossistemas que suportam o desenvolvimento econômico social e humano, ao mesmo tempo que facilitam a conservação, regeneração e restauração dos ecossistemas, e a resiliência face aos desafios novos e emergentes. (UNITED NATIONS, 2012, P. 2).

Saúde da mulher, criança e adolescente e a sustentabilidade

Em 2010, o Secretário Geral das Nações Unidas lançou a estratégia global para impulsionar ações que acelerassem o desenvolvimento da saúde das mulheres e crianças. Destacava a necessidade de contribuir para que 75 países, nos quais 98% das mortes maternas e infantis eram mais prevalentes, melhorassem seu desempenho.

Com programas que enfatizavam ‘cada mulher e cada criança’ e o compromisso da comunidade internacional, a resposta foi imediata, e estes novos engajamentos mundiais contribuíram para avançar com os ODM 4 e 5.

Com a agenda global 2030, ampliou-se a estratégia para incluir os adolescentes,

visando assegurar que seus direitos à saúde, bem-estar e educação pudessem ser garantidos e, acima de tudo, criando oportunidades para que eles possam desenvolver seu potencial pleno e alcançar uma participação na sociedade quando adultos.

O investimento no capital humano e, em especial, no ciclo da vida, começando com as crianças, será a forma de atingir altos padrões de saúde e bem-estar físico, mental e social em todas as idades. Jeffrey Sachs (2015) destaca em seu livro *'The age of sustainable development'* que a primeira infância é extremamente importante não só porque é o momento em que aprendemos muitas das habilidades sociais e humanas necessárias, mas também porque é o momento para a formação do cérebro em si. Além disso, a saúde de um indivíduo em cada fase de sua vida afetará a saúde nas outras fases, adicionando efeitos cumulativos para a próxima geração (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Dois estudos longitudinais recentes que utilizaram neuroimagem para acompanhar o desenvolvimento do cérebro de crianças sugerem que a pobreza tem uma influência corrosiva no desenvolvimento da linguagem, memória e aprendizado (HAIR, ET AL., 2015; NOBLE ET AL., 2015). Dados similares do Reino Unido demonstram que adversidades na primeira infância estão associadas à elevada incidência de depressão, ansiedade nas crianças e alterações no cérebro de adolescentes (JENSEN ET AL., 2015).

Apesar dos resultados positivos e dos progressos alcançados com os ODM, um grande número de mulheres, crianças e adolescentes em todo o mundo ainda têm pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde, alimentação adequada ou acesso à educação, água potável e saneamento básico.

A população mundial entre 0 a 24 anos (42,3%) (WORLDOMETERS, 2015) está sujeita a diversos fatores de risco que, isoladamente ou entrelaçados, afetam sua saúde. As complicações da gravidez e do parto, gravidez indesejada, doenças transmissíveis e não transmissíveis, doenças mentais, traumatismos, violência,

desnutrição; e a falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e a bens de consumo que possam salvar vidas, associados com a pobreza, com a desigualdade de gênero (que se manifesta em discriminação nas políticas e em leis diferenciadas) e com a marginalização (com base na idade, etnia, raça, origem nacional, status de imigração, deficiência, orientação sexual, entre outros), são todas violações dos direitos humanos.

Como resultado, o mundo ainda contabiliza 289 mil mortes maternas; 2,6 milhões de natimortos; 2,7 milhões de mortes neonatais, incluídas nos 5,9 milhões de mortes de crianças menores de 5 anos; e 1,3 milhões de mortes de adolescentes. Sem contar com doenças ou invalidez e a impossibilidade de atingirem seu pleno potencial, resultando em grandes perdas para as gerações futuras (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Os benefícios sociais e econômicos do investimento na saúde de mulheres, crianças e adolescentes são claros, indiscutíveis e baseados em evidências (STENBERG ET AL., 2014; THE STATE OF WORLD POPULATION 2014, 2015), destacando-se a redução da pobreza, o crescimento econômico e o aumento da produtividade.

Desafios para a saúde da criança

A alta mortalidade dos recém-nascidos, o acesso desigual às intervenções que salvam vidas e os problemas de saúde nas crianças menores de 5 anos refletem um desenvolvimento social e econômico deficiente. A pobreza, a má nutrição e o acesso insuficiente à água potável e ao saneamento básico são fatores contribuintes para esta deficiência, assim como a falta de acesso aos serviços de saúde de qualidade que ofereçam cuidados essenciais para os recém-nascidos. Acompanhamento ao desenvolvimento infantil, vacinas e tratamentos para doenças prevalentes na infância são essenciais para um crescimento saudável e a sobrevivência

das crianças.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2,6 milhões de bebês morrem no terceiro trimestre da gravidez ou durante o parto (natimortos) e 2,7 milhões de recém-nascidos morrem a cada ano, sendo 60% a 80% prematuros ou pequenos para a idade gestacional. Além disso, menos de 40% das crianças são amamentadas exclusivamente até os 6 meses de idade e, em 2014, 5,9 milhões de crianças abaixo dos 5 anos morreram de causas possíveis de serem prevenidas, sendo 43% de doenças infecciosas, como a pneumonia, diarreia, sepsis e malária (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

No total, uma em cada três crianças no mundo (aproximadamente 200 milhões) não conseguem atingir seu potencial total e esperado devido à pobreza, estímulos insuficientes, cuidados inadequados e nutrição deficiente. Quase metade das mortes de menores de 5 anos está direta ou indiretamente relacionada com a má nutrição. Globalmente, 25% das crianças têm seu desenvolvimento comprometido, e 6,5% estão acima do peso ou obesas (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

O desenvolvimento adequado da primeira infância permite que as crianças desenvolvam suas características físicas, cognitivas, de linguagem e seu potencial socioemocional, particularmente nos três primeiros anos de vida. Isso se reflete em toda a sua vida, especialmente na sua saúde, sociabilidade, resultados econômicos e redução da criminalidade (HECKMAN, 2015).

Desafios à saúde dos adolescentes

No mundo todo, milhões de adolescentes adoecem ou morrem de causas preveníveis. Poucos têm acesso à informação ou ao atendimento em serviços integrados e capacitados para atender jovens, especialmente aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva, sem que sejam discriminados. Em muitos

locais, adolescentes de ambos os sexos enfrentam barreiras sociais ou legais que prejudicam sua saúde mental, emocional e física. Entre os adolescentes que vivem com deficiência e / ou em situações de crise, as barreiras são ainda maiores (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Em 2012, 1,3 milhões de adolescentes no mundo morreram de doenças preveníveis ou tratáveis. A maioria das mortes foi causada por acidentes de trânsito, HIV, suicídios, infecções respiratórias e violência interpessoal. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos, as maiores causas de morte são o suicídio e as complicações da gravidez e parto (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015). Além disso, 80% dos adolescentes são fisicamente inativos, e 70% das mortes preveníveis em adultos estão relacionadas com doenças não transmissíveis ligadas aos fatores de risco iniciados na adolescência.

A OMS estima que 2,5 milhões de adolescentes deem à luz com menos de 16 anos e que 15 milhões já estão casadas antes dos 18 anos de idade. Cerca de 1 em cada 10 meninas com menos de 20 anos de idade (ao redor de 120 milhões no mundo) já foram vítimas de violência sexual, e 30 milhões correm o risco de ser vítima de mutilação genital feminina na próxima década.

Para enfrentar ou reverter esse quadro, é necessário que os países invistam e adotem políticas que ampliem as oportunidades para os jovens e que os governos sejam capazes de liderar o desenvolvimento de uma estratégia nacional que fortaleça todo o sistema de saúde para que este seja inclusivo e universal, e que tenha liderança, inovação e governança com profissionais de saúde capacitados.

Desafios à saúde das mulheres

Mesmo com os progressos dos indicadores de saúde materna dos últimos anos, as mulheres continuam sendo discriminadas, especialmente nos países menos desenvolvidos. Esta desvantagem contribui para as desigualdades

econômicas, sociais e de saúde de suas famílias durante todo o ciclo da vida.

Os resultados na saúde de mulheres, crianças e adolescentes são piores quando estes grupos são marginalizados e excluídos da sociedade, são discriminados ou vivem em comunidades carentes, especialmente entre os mais pobres e menos escolarizados e vivendo em áreas remotas (UNICEF; WHO, 2014).

Em 2013, estima-se que 289 mil mulheres no mundo tenham morrido como resultado de gravidez e parto, o que significa mais de uma morte a cada dois minutos. Com a morte de uma mulher na gravidez ou no parto, um evento natural que deveria celebrar a vida transforma-se em uma tragédia familiar de proporções inauditas.

De acordo com a OMS, a mortalidade materna varia de 1.100, em Serra Leoa, a 1 por 100 mil nascidos vivos, na Bielorrússia. A diferença entre os países de baixa e alta renda ainda é muito grande, variando entre 450 e 17 por 100 mil nascidos vivos. A média global é 210/100 mil nascidos vivos (WHO, 2015A). Cerca de 52% das mortes maternas são atribuídas a três causas principais: hemorragia, sepsis e hipertensão, e 8% das mortes são atribuídas ao aborto inseguro. No entanto, 28% da mortalidade materna é causada por fatores não obstétricos, como a malária, HIV, diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

A dificuldade de acesso a serviços de saúde contribui para que, a cada ano, 270 mil mulheres morram de câncer cervical e 225 milhões não tenham acesso ao planejamento familiar. Além disso, uma em cada três mulheres entre 15 e 49 anos sofrem com violência física ou sexual dentro ou fora de suas casas (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Somente com contracepção moderna e cuidados de boa qualidade para gestantes e recém-nascidos, imunização, amamentação e nutrição adequadas oferecidas por profissionais capacitados em serviços de qualidade é que se poderá melhorar os resultados e reverter o processo. Todavia, para isso, serão

necessárias políticas e intervenções que garantam proteção social, educação, justiça, infraestrutura e informação (WHO, 2007) e uma definição clara das prestações públicas e privadas e das responsabilidades do setor público para monitorar e acompanhar o desempenho.

Saúde da mulher, da criança e do adolescente nas metas do desenvolvimento do milênio (ODM)

A mobilização global para alcançar os ODM foi o maior movimento coordenado de combate à pobreza já realizado, com a estimativa de que cerca de 1 bilhão de pessoas saíram da pobreza extrema desde 1990 (UNITED NATIONS, 2015A).

Entre o ano 2000 e 2014, as contribuições financeiras oficiais para o desenvolvimento dos países desenvolvidos aumentaram em 66%, alcançando o valor de US\$ 135 bilhões por ano. Apesar disso, em 2014, apenas a Dinamarca, Luxemburgo, a Noruega, a Suécia e o Reino Unido suplantaram a meta acordada na Cúpula do Milênio das Nações Unidas de que os países em desenvolvimento disponibilizariam 0,7% de seus Produtos Nacionais Brutos (PNB) em contribuições para o desenvolvimento.

Dados oficiais das Nações Unidas mostram que a proporção de pessoas malnutridas nos países em desenvolvimento reduziu-se à metade desde 1990, que a fome diminuiu substancialmente e que a proporção de crianças matriculadas na escola primária atingiu 91% em 2015, sendo que os melhores índices relativos foram alcançados nos países da África subsaariana. Adicionalmente, a alfabetização de jovens entre 15 e 24 anos aumentou globalmente, as regiões em desenvolvimento atingiram suas metas de eliminar a diferença na escolaridade entre meninos e meninas e as mulheres conseguiram representação parlamentar em 90% dos 174 países, enquanto, nos

últimos 20 anos, o número de mulheres na política dobrou.

Em finais de 2011, a população mundial atingiu 7 bilhões de pessoas e, apesar do enorme crescimento populacional, o número de mortes de crianças menores de 5 anos caiu à metade: de 12,7 milhões, em 1990, para cerca de 6 milhões, em 2015. Na região subsaariana, a redução foi cinco vezes maior entre 2005 e 2013 do que entre 1990 e 1995. Desde 1990, a mortalidade materna diminuiu 45% em todo o mundo, e mais de 71% dos nascimentos em 2014 foram assistidos por um profissional de saúde qualificado (UNITED NATIONS, 2015A).

O reforço de campanhas de vacinação contra o sarampo ajudou a evitar a morte de 15,6 milhões de crianças entre o ano 2000 e 2013. Em 2013, cerca de 84% de crianças em todo o mundo receberam, pelo menos, uma dose da vacina, um aumento de cerca de 73% desde o ano 2000.

Por causa das Metas do Desenvolvimento do Milênio (MDM) as infecções pelo HIV diminuíram em aproximadamente 40% desde o ano 2000: até junho de 2014, contabilizava-se 13,6 milhões de pessoas com acesso à medicação ARV (antirretrovirais), contribuindo para uma redução de 7,6 milhões de mortes por HIV entre 1995 e 2013 (UNITED NATIONS, 2015A).

Além disso, a mortalidade por malária diminuiu 58%, prevenindo 6,2 milhões de mortes, a maioria entre crianças menores de 5 anos na região da África subsaariana. Ademais, entre 2004 e 2014, como forma de intensificar a redução da malária, mais de 900 milhões de redes impregnadas com inseticidas foram distribuídas nos países endêmicos. Adicionalmente, a mortalidade por tuberculose diminuiu 45% entre o ano 2000 e 2013, e mecanismos de prevenção, diagnóstico e tratamento para a doença contribuíram para salvar 37 milhões de pessoas.

Com a atenção voltada para o meio ambiente, praticamente eliminou-se a emissão de substâncias redutoras da camada de ozônio; as áreas de proteção marinhas e terrestres aumentaram substancialmente e na

América Latina e Caribe as áreas de proteção ambiental aumentaram de 8,8% para 23,4% entre 1990 e 2014.

No total, 2,6 bilhões de pessoas passaram a ter acesso à água potável e 1,9 bilhões de pessoas à água encanada; 147 países atingiram suas metas de proporcionar água potável à sua população e 95% dos países atingiram suas metas de saneamento, enquanto 77 países atingiram as duas metas. Globalmente, 2,1 bilhões de pessoas passaram a ter saneamento, e as defecações ao ar livre caíram à metade desde 1990.

Com todos esses dados reconhecidos oficialmente pelas Nações Unidas, não há dúvidas de que o mundo avançou no desenvolvimento global. No entanto, deve-se ressaltar que, apesar de tais avanços, o progresso tem sido muito desigual entre países e regiões, deixando ainda maior a lacuna entre os países de alta e baixa renda.

A evidência dessa desigualdade foi observada em 2011, quando quase 60% das pessoas vivendo em extrema pobreza concentrava-se em somente cinco países (Índia, Nigéria, China, Bangladesh e República Democrática do Congo), comprovando que os mais pobres continuam sem oportunidades e deixados para trás, principalmente por sua localização geográfica, etnia, idade, gênero e falta de importância na economia globalizada (UNITED NATIONS, 2015A).

Da mesma forma, a desigualdade de gênero persiste, e as mulheres continuam a ser discriminadas no acesso ao trabalho, bens de consumo e participação nas tomadas de decisões que afetam suas vidas. Na América Latina e Caribe apesar da diminuição das taxas de pobreza na região como um todo, a proporção de mulheres desfavorecidas aumentou de 108, em 1997, para 117, em 2012, para cada 100 homens nas mesmas condições. Ademais, a taxa de desemprego entre as mulheres com educação terciária é maior que a de homens com níveis semelhantes de educação.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 47% das pessoas mais

pobres do mundo são jovens com menos de 18 anos de idade (UNICEF, 2014). Como já citado anteriormente, para reduzir a pobreza, deve-se necessariamente investir no desenvolvimento desse grupo etário, levando em consideração o caráter multidimensional da pobreza, como nutrição, acesso à água potável, educação, moradia e saúde. Estima-se que 2 em cada 3 crianças em 30 países subsaarianos sofram pelo menos duas destas privações.

Deve-se ressaltar, porém, que a pobreza infantil não é exclusiva dos países de baixa renda. O Relatório de Avaliação dos ODM de 2015 (UNITED NATIONS, 2015A) aponta que uma em cada quatro crianças nos países mais ricos do mundo vivem na pobreza. Hoje, existem 26 milhões de crianças em risco de exclusão social e pobreza na União Europeia, no entanto, apenas um terço das pessoas vivendo na pobreza tem qualquer cobertura social, determinando que o combate à pobreza infantil é um desafio mundial que irá exigir uma resposta global (UNICEF CONNECT, 2015).

Se levarmos em consideração o Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM 4 – Redução da mortalidade na infância), apesar da enorme diminuição das mortes de crianças nos últimos 25 anos, este feito sem precedentes não foi suficiente para cumprir a meta. A continuar com o ritmo de redução atual, serão necessários pelo menos 10 anos para atingir a meta que deveria ter sido alcançada em 2015, e o mundo já está vivendo a agenda global para 2030.

A mortalidade das crianças é mais evidente nas mais jovens e vulneráveis, e a pneumonia, diarreia e malária continuam sendo as causas de mortes mais importantes. Embora a África subsaariana tenha a maior taxa de mortalidade de crianças do mundo, paradoxalmente esta foi a região que alcançou os maiores progressos nos últimos 20 anos, onde a taxa de mortalidade de menores de 5 anos caiu de 179 mortes por mil nascidos vivos, em 1990, para 86, em 2015.

Entretanto, as projeções atuais são sombrias, e a região necessitará urgentemente

acelerar seu o progresso não somente porque carrega metade das mortes desta faixa etária no mundo (cerca de 3 milhões em 2015), mas também, principalmente, porque calcula-se que é a única região do planeta onde tanto o número de nascidos vivos quanto a população de menores de 5 anos crescerá substancialmente nas próximas décadas. Isso significa que o número de mortes de menores de 5 anos irá aumentar, a menos que o progresso na redução da taxa de mortalidade de menores de 5 anos seja suficiente para ultrapassar o crescimento da população.

O período neonatal continua sendo o mais crítico para a sobrevivência infantil: quase 1 milhão de recém-nascidos morrerão no primeiro dia de vida, 1 milhão na primeira semana e outros 2,8 milhões no primeiro mês. Considerando que a prematuridade, asfixia, baixo peso, trauma durante o parto e a sepsis são responsáveis por 80% das mortes (WHO, 2015b), será extremamente importante concentrar-se nesse período da vida para acelerar o progresso na sobrevivência infantil nos próximos anos. Com intervenções simples e de baixo custo e alto impacto, como pré-natal, vacinação, parto acompanhado por um profissional de saúde qualificado, cuidados assépticos com o cordão umbilical e amamentação na primeira hora, muitas mortes poderiam ser evitadas.

Entretanto, essas medidas são apenas ações focais para a redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos e apenas mitigam o problema; somente com a efetiva redução da pobreza e a superação das imensas desigualdades entre países e no seu interior, pelo enfrentamento corajoso dos determinantes sociais da saúde com políticas sociais e econômicas adequadas, é que de fato se poderá encaminhar uma solução sustentável a tais questões.

Saúde da mulher, da criança e do adolescente

nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)

O processo de definição do que seria a Agenda do Desenvolvimento 2030 e os ODS começou na Conferência das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, a Rio+20, que se realizou no Rio de Janeiro, em 2012. Naquela oportunidade, os mais altos dirigentes dos Estados-membros das Nações Unidas firmaram o documento ‘O Futuro que Queremos’ (UNITED NATIONS, 2012), que, além de oferecer as bases políticas para o processo de definição da futura agenda do desenvolvimento sustentável, a valer a partir de janeiro de 2016 e a se realizar até 2030, definiu linhas de trabalho amplas e participativas (consultas-diálogos globais, Painel de Alto Nível e outras), que transcorreram no período de julho de 2012 a julho de 2015.

Depois de muitas negociações entre os Estados-membros das Nações Unidas e contribuições da sociedade civil, ONGs, grupos profissionais, academia, agências das Nações Unidas e setor privado, o grupo intergovernamental de negociadores chegou ao documento ‘Transformando nosso mundo: a Agenda do Desenvolvimento das Nações Unidas 2030’, que foi aprovado na Cúpula do Desenvolvimento Sustentável (UNITED NATIONS, 2015B), realizado no âmbito da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGA) 2015, como Resolução A/70/L1 (UNITED NATIONS, 2015C), contendo 35 páginas e 91 parágrafos.

A Agenda do Desenvolvimento 2030 assume que a erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões, incluindo a pobreza extrema, é o maior desafio global até 2030 e um requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável. Os países comprometem-se a alcançar o desenvolvimento sustentável nas suas três dimensões — econômica, social e ambiental —, de forma equilibrada e integrada, e a construir este

compromisso dando seguimento aos ODM ainda não alcançados.

Afirma o documento que os Objetivos e as Metas nele contidos estimularão, nos próximos 15 anos, a ação nas seguintes esferas de importância crítica para a humanidade e o planeta:

Pessoas – Acabar com a pobreza e a fome, em todas as formas e dimensões, e velar para que todos os seres humanos possam realizar seu potencial com dignidade e igualdade, em um meio ambiente saudável. Planeta – Proteger o planeta contra a degradação, inclusive mediante o consumo e a produção sustentáveis, a gestão sustentável de seus recursos naturais e medidas urgentes para combater as mudanças climáticas, de maneira que possa satisfazer as necessidades das presentes e futuras gerações. Prosperidade – Velar para que todos os seres humanos possam desfrutar de uma vida próspera e plena e para que o progresso econômico, social e tecnológico se produza em harmonia com a natureza. Paz – Propiciar sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livres do medo e da violência. Alianças – Implementar a Agenda mediante uma Aliança Mundial para o Desenvolvimento Sustentável revitalizada, baseada em um espírito de maior solidariedade mundial e centrada particularmente nas necessidades dos mais pobres e vulneráveis, com a colaboração de todos os países, de todas as partes interessadas e de todas as pessoas. (UNITED NATIONS, 2015C, P. 3-4, TRADUÇÃO NOSSA).

Logo na sua introdução, a Resolução afirma que “pretende-se fazer realidade os direitos humanos de todas as pessoas e alcançar a igualdade entre os gêneros e o empoderamento de todas as mulheres e meninas”, assim como a “combater as desigualdades dentro dos países e entre os mesmos” (UNITED NATIONS, 2015C, P. 5, TRADUÇÃO NOSSA).

Um pouco adiante, reafirma tais

princípios, colocando como visão de futuro

[...] um mundo que invista na infância e no qual todas as crianças cresçam livres da violência e da exploração; no qual todas as mulheres e meninas gozem da plena igualdade entre os gêneros e onde se tenham eliminados todos os obstáculos jurídicos, sociais e econômicos que impedem seu empoderamento; um mundo justo, equitativo, tolerante, aberto e socialmente inclusivo no qual

as necessidades dos mais vulneráveis sejam atendidas. (UNITED NATIONS, 2015C, P. 5, TRADUÇÃO NOSSA).

O documento propõe 17 ODS (*quadro 2*) e 169 metas, entre os quais dois deles (ODS 16 e 17) são referentes a ‘meios de implementação’ gerais dos ODS. Entre os ODS, está incluído o ODS Saúde (ODS 3), enunciado como ‘assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades’,

Quadro 2. ODS Saúde e metas

1. Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos que 70 por 100 mil nascidos vivos até 2030
 2. Acabar com a mortalidade prevenível de recém-nascidos e crianças abaixo de 5 anos até 2030
 3. Acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater as hepatites, as doenças transmissíveis pela água e outras doenças transmissíveis até 2030
 4. Reduzir em um terço as mortes prematuras por doenças não transmissíveis (DNT) por meio da prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar até 2030
 5. Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso das drogas estupefacientes e o uso nocivo do álcool
 6. Reduzir à metade as mortes e lesões por acidentes de trânsito, em nível global, até 2020
 7. Assegurar o acesso universal a serviços assistenciais de saúde sexual e reprodutiva, incluindo planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais até 2030
 8. Alcançar a cobertura universal de saúde (UHC), incluindo proteção aos riscos financeiros, acesso a serviços assistenciais essenciais de qualidade, e acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, efetivos, de qualidade e a preços acessíveis, para todos
 9. Reduzir substancialmente o número de mortes e adoecimentos por produtos químicos perigosos e por poluição e contaminação do ar, água e solo até 2030
-

Quadro 3. Meios de implementação

- a. Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme cada caso
 - b. Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as enfermidades transmissíveis e não transmissíveis que afetam principalmente os países em desenvolvimento, propiciando o acesso a medicamentos e vacinas a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que assevera aos países em desenvolvimento o direito de usar plenamente o disposto no Acordo Trips (*Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*) com relação às flexibilidades para a proteção da saúde pública e, em particular, propiciar o acesso a medicamentos para todos
 - c. Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e treinamento e retenção da força de trabalho em saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos (LDC) e Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (SIDS)
 - d. Aumentar a capacidade de alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos em saúde nacionais e globais
-

que contém nove metas e quatro meios de implementação específicos (*quadro 3*).

Três das metas do ODS Saúde se referem à agenda dos ODM (metas 1, 2 e 3). As outras seis se referem a: 4) doenças não transmissíveis e promoção da saúde mental e bem-estar; 5) prevenção e tratamento do abuso de substâncias aditivas e álcool; 6) acidentes de trânsito; 7) saúde sexual e reprodutiva; 8) cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a medicamentos e vacinas; e 9) saúde ambiental.

Impossível admitir que este conjunto de metas fragmentadas possa realizar o objetivo amplo de ‘assegurar vidas saudáveis e bem-estar para todos em todas as idades’. Da mesma forma, os quatro meios de implementação específicos (*quadro 3*) nem de longe dão conta de implementar as metas finalísticas (1 a 9) e, menos ainda, o ambicioso enunciado do ODS Saúde. A maioria das metas se refere à saúde individual e à expressão biológica da saúde, quando já há muito tempo se reconhece a importância da sua dimensão coletiva e a necessidade do enfrentamento dos seus determinantes sociais, econômicos e ambientais, por meio de ações intersetoriais coerentes, coordenadas e promotoras da equidade social e sanitária, para o alcance de um ODS Saúde, como o proposto.

A dimensão ‘determinantes sociais da saúde’ leva-nos a examinar as relações entre os outros ODS e suas respectivas metas com a saúde, bem como eventuais omissões naqueles ODS e suas metas em relação à saúde. Maiores sinergias entre a saúde e outros setores podem ser alcançadas quando se enquadrar os objetivos, metas e indicadores de tal forma que sua realização requeira a coerência das políticas e soluções compartilhadas entre vários setores. Nesse sentido, observa-se que muitos dos outros 16 ODS (*quadro 2*) contêm metas diretamente relacionadas com saúde (por exemplo, eliminação da fome, segurança alimentar, nutrição segundo necessidades, redução da desnutrição, desenvolvimento infantil, acesso à água de qualidade e saneamento com redução de doenças, desastres naturais

e mortes, violência e saúde, poluições de ar, solo e água e suas influências sobre saúde).

Nesse sentido, o documento ‘*Transforming our world*’ – e a Resolução da UN dele resultante – incorporou, de alguma forma, as ideias da estratégia de ‘saúde em todas as políticas’, ainda que sem explicitá-la; contudo, curiosamente, metas que mencionem diretamente a saúde estão ausentes em ODS de ‘natureza econômica’, como industrialização sustentável ou crescimento econômico e emprego decente. A proteção à saúde dos trabalhadores em ambientes potencialmente prejudiciais ou ações sobre poluição ambiental derivada dos processos produtivos, por exemplo, são ignorados nos ODS 8 e 9, expressando o divórcio entre questões econômicas e ambientais e saúde humana. Fica muito claro, ainda, que todos os ODS são, de alguma forma, ‘determinantes sociais da saúde’, embora não mencionem diretamente a saúde entre suas metas.

Além de aparecer no preâmbulo do documento, o tema ‘mulher, criança e adolescente’ aparece em vários ODS. No ODS Saúde (*quadro 3*), duas metas se referem especificamente à saúde da mulher e da criança:

- 3.1. Até 2030, reduzir a taxa mundial de mortalidade materna a menos de 70 por 100 mil NV
- 3.2. Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos (abaixo de 12 por mil NV) e de crianças menores de 5 anos (abaixo de 25 por mil NV). (UNITED NATION, 2015C, P. 18, TRADUÇÃO NOSSA).

Menções a mulheres e crianças aparecem abundantemente em outros ODS, referindo-se à saúde ou a determinantes sociais não apenas da saúde, mas também de condições de vida, a exemplo de:

- 2.1. Até 2030, acabar com a fome e assegurar acesso de todas as pessoas [...], incluídos os lactentes, a uma alimentação saudável, nutritiva e suficiente [...]
- 2.2. Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, inclusive [...] atraso

do crescimento e a formas edematosas nas crianças menores de 5 anos, e abordar as necessidades de nutrição de adolescentes, mulheres grávidas e lactentes [...]

4.1 Até 2030, garantir que todas as crianças terminem os ciclos do ensino primário e secundário, gratuito, equitativo e de qualidade e produzir resultados escolares pertinentes e eficazes

4.2 Até 2030, garantir que todas as crianças tenham acesso a serviços de atenção e desenvolvimento na primeira infância e a ensino pré-escolar de qualidade, a fim de que estejam preparados para o ensino primário

4.5 Até 2030, [...] garantir o acesso em condições de igualdade [...] incluídas as crianças em condições de vulnerabilidade, a todos os níveis de ensino e formação profissional [...]

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra mulheres e meninas em todo o mundo

5.2 Eliminar todas as formas de violência contra mulheres e meninas nos âmbitos público e privado, incluídos o tráfico e a exploração sexual e outros tipos de exploração

5.3 Eliminar todas as práticas nocivas, como o casamento infantil, precoce e forçado e a mutilação genital feminina

8.6 Reduzir substancialmente a proporção de jovens que não estão empregados, não frequentam escola, não estão recebendo qualquer capacitação

8.10 Desenvolver e pôr em marcha uma estratégia mundial para o emprego de jovens [...]

16.2 Acabar com maus-tratos, exploração, tráfico, tortura e todas as formas de violência contra crianças

16.9 Até 2030, proporcionar acesso a uma identidade jurídica para todos, em particular mediante o registro de nascimento. (UNITED NATION, 2015C, P. 17-28, TRADUÇÃO NOSSA).

Muitas outras metas referem-se de forma indireta a mulheres, crianças e adolescentes, e incentivamos a que o documento das Nações Unidas (UNITED NATION, 2015B) seja explorado pelo leitor, na busca de vínculos de determinação entre saúde e condições de vida e bem-estar, presentes nos 17 ODS e suas 169 metas.

Considerações finais

Após a aprovação dos ODS e suas metas no plano global, na Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU), em setembro de 2015, pelos chefes de Estado e de Governo, o próximo passo é a translação deles às Agendas e planos nacionais de desenvolvimento sustentável. Algumas questões fundamentais que se colocam são:

- Quem (instância ministerial, comissão etc.) coordenará o processo de implementação da Agenda do Desenvolvimento 2030 e dos ODS no País?
- Que Agência ou instância das Nações Unidas coordenará a participação do Sistema Nações Unidas na implementação da Agenda no País? Papel da OMS e do PNUD?
- O Plano Plurianual 2016-2019 é a Agenda do Desenvolvimento de curto prazo do Brasil? Como se articula com uma Agenda de longo prazo até 2030?
- Como está prevista a participação do Ministério da Saúde (MS) no processo?
- Qual a correlação de forças do MS com os demais Ministérios?
- Quem representará o MS? Como esta representação articulará internamente as várias instâncias do MS, inclusive a área da mulher, criança e adolescente?
- Como mobilizar a sociedade civil e o Congresso Nacional em prol de uma presença efetiva da área da mulher, criança e adolescente na Agenda 2030 no País?

Observação essencial, portanto, é o exame do Plano Plurianual 2016-2019 (BRASIL, 2015), que se encontra em discussões no Congresso Nacional para receber emendas e aprovação final ainda neste ano. Nele, a questão da mulher e da criança é mencionada em diversos segmentos. No Brasil, o governo vem utilizando há mais de uma década o Plano Plurianual (PPA) como um modelo orientador para o crescimento econômico e a inclusão social (BRASIL, 2015).

O PPA 2016-2019 reforça o compromisso nacional para a redução das desigualdades e criação de oportunidades em quatro eixos estratégicos: educação como caminho para a cidadania; inclusão social com melhor distribuição de acesso a bens e serviços públicos; aumento da produtividade e competitividade econômica e fortalecimento de instituições públicas. Adicionalmente, deverá reforçar e garantir o acesso universal aos serviços de atenção básica em saúde com foco na integralidade, qualidade de atendimento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma questão fundamental é identificar que instância do governo federal gerenciará, de um lado, o PPA 2016-2019 e, de outro, a Agenda de Desenvolvimento 2030 e os ODS no Brasil, como se propõe entre as questões do quadro acima. A sinergia entre os dois processos de gestão pode tornar mais fácil o cumprimento de metas de ambos e, em última análise, realizar efetiva contribuição à melhora das condições de vida e saúde das mulheres, crianças e adolescentes do País.

Por outro lado, será necessária a mobilização coordenada das capacidades técnicas e das possíveis contribuições financeiras das Agências das Nações Unidas no País, inclusive os bancos de fomento, como BID e Bird, ao processo de consecução da Agenda 2030 e dos ODS no País. Se, de um lado, o Governo deve se organizar para evitar as demandas desarticuladas às Agências do Sistema ONU, estas devem abdicar de planos definidos nas suas instâncias centrais globais e atuar alinhadas com as prioridades definidas pelo País. Atuando como ‘uma só ONU’ — orientação que o sistema procura imprimir há alguns anos — em consonância com a orientação central da Agenda 2030 brasileira, e não com

‘ministérios-clientes’ por afinidade temática, como muitas vezes acontece, os resultados serão certamente melhores.

O mesmo se espera das agências de fomento ao desenvolvimento de países desenvolvidos que ainda atuam no Brasil, a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, União Europeia, países nórdicos e outros. É fundamental que se crie uma ‘mesa única de negociação de apoio ao desenvolvimento’, na qual cada agência abdique dos seus planos definidos como orientação global no País de origem para alinhar-se à Agenda de Desenvolvimento 2030 do Brasil. As ONGs internacionais devem também ser convocadas para o mesmo tipo de orientação — nomeadamente aquelas que tem maior atuação no País.

Uma clara Agenda Nacional do Desenvolvimento 2030 e estratégia para o alcance dos ODS e suas metas no País, articulada com o PPA 2016-2019, construída com a contribuição de todos os órgãos de governo pertinentes das esferas federal, estadual e municipal e a sociedade civil, é o primeiro e fundamental movimento para que o Brasil cumpra os ODS não como mero compromisso com a comunidade global, mas principalmente com a Nação brasileira.

Espaço privilegiado para o debate sobre a saúde da mulher, da criança e do adolescente na agenda do desenvolvimento nacional será a XV Conferência Nacional de Saúde, que reúne, em dezembro de 2015, em Brasília, representantes de governos, sociedade civil e iniciativa privada para um pacto que deve transcender mudanças necessárias no sistema de saúde para alcançar também as ‘causas das causas’ dos problemas de saúde da população e dos sistemas de proteção social e de saúde, ou seja, os determinantes sociais da saúde. ■

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano Plurianual 2016-2019*:

desenvolvimento, produtividade e inclusão social: mensagem presidencial. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015.

- Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planejamento-e-investimentos/plano-plurianual-2016-2019>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- BRUNDTLAND COMMISSION. *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- EVERY WOMAN EVERY CHILD. *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030*. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- HAIR, N. L. *et al.* Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr*, Chicago, v. 169, n. 9, 822-829, 2015. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2381542>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- HECKMAN, J. *4 big benefits of investing in early childhood development*. 2015. Disponível em: <<http://heckmanequation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-early-childhood-development>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- JENSEN, S. K. *et al.* Effect of early adversity and childhood internalizing symptoms on brain structure in young men. *JAMA Pediatr*, Chicago, v. 169, n. 10, p. 938-946, 2015. Disponível: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2427470>>. Acesso em: 21 out. 2014.
- NOBLE, K. G. *et al.* Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat. Neurosci.*, New York, n. 18, p. 773-738, 2015.
- SACHS, J. D. *The Age of sustainable development*. New York: Columbia University Press, 2015.
- STENBERG, K. *et al.* Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet*, London, v. 383, n. 9925, p. 1333-1354, 2014.
- THE STATE OF WORLD POPULATION 2014. *The power of 1.8 billion: adolescents, youth and the transformation of the future*. New York: UNFPA, 2014. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNICEF CONNECT. *7 facts about child poverty you should know*. 15 out 2015. Disponível em: <<https://blogs.unicef.org/blog/7-facts-about-child-poverty-you-should-know/ef.org>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report 2015*. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/MtxNWF>>. Acesso em: 22 out. 2015a.
- _____. *Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012: 66/288. The future we want*. 2012. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang>. Acesso em: 22 out. 2015.
- _____. *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015c.
- _____. *United Nations Sustainable Development Summit 2015*. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit>>. Acesso em: 22 out. 2015b.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Child Poverty in the post 2015 Agenda*. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/LXVzw1>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report*. Geneva: WHO; New York: UNICEF, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/8hM04b>>.

Acesso em: 21 out. 2015.

WORLDMETERS. *World population: gender, age, fertility rate, immigration*. Disponível em: <<http://www.worldometers.info/world-population/world-population-gender-age.php>>. Acesso em: 18 out. 2015.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Newborns: reducing mortality*. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>>. Acesso em: 22 out. 2015b.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics 2015*. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>. Acesso em: 21 out. 2015a.

Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado

From the paradigm of domination to the paradigm of care

Carlos Alberto Plastino¹

RESUMO O artigo discute as características centrais do que denomina ‘paradigma da dominação’, assinala suas profundas raízes na dominação patriarcal e na consolidação das crenças fundamentais da modernidade, seus dualismos constitutivos e a consequente desvalorização da natureza, da mulher e dos sentimentos. Confronta essas características com o que denomina ‘paradigma do cuidado’, entendendo por tal, para além da atitude que esta palavra evoca, uma importante modalidade de relacionamento intersubjetivo, responsável não apenas pela constituição dos sujeitos mas também pela configuração dos laços profundos que fundamentam o tecido social. Nesse contexto, discute sumariamente a emergência de elementos constitutivos desse novo paradigma no contexto da acelerada decadência da dominação patriarcal e de uma profunda transformação do papel da mulher na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE Dominação-subordinação; Cuidado; Características humanas.

ABSTRACT *The article discusses the main characteristics of what is denominated ‘paradigm of domination’, stresses its deep roots in the patriarchal domination and in the consolidation of the fundamental beliefs of modernity, its constitutive dualisms and the consequent devalorization of the nature, the woman, and the sentiments. It confronts those characteristics with what is denominated ‘paradigm of care’, understanding it, further beyond the attitude which such word evokes, as an important modality of intersubjective relationship, responsible not only for the constitution of the subjects, but also for the configuration of the deep bonds that fundament the social abb. In that context, it summarily discusses the emergence of elements that are constitutive of this new paradigm in the context of the accelerated decadence of the patriarchal dominance and of a profound transformation of the role of the woman in contemporaneity.*

KEYWORDS *Domination-subordination; Care; Human characteristics.*

¹ Psicanalista e cientista político. Notório saber em ciências políticas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
caplastino@gmail.com

Introdução

O objetivo deste artigo é discutir o significado da atitude de cuidar não apenas em algumas áreas específicas, como as de atender as necessidades de bebês e de crianças pequenas ou de pessoas doentes, mas como fator central na constituição dos sujeitos e na organização dos laços profundos que constituem o tecido social. Os processos de constituição subjetiva são resultado de práticas, produzidos no interior de um conjunto de representações nas quais se exprime a criatividade de cada época e cultura. Por sua vez, a qualidade dos laços sociais é indissociável dos valores no contexto dos quais se organizam determinadas ‘crenças’ que, em seu conjunto, constituem a organização imaginária¹ de cada sociedade, resultado de um longo e complexo processo histórico. O conjunto de crenças e valores que integram esse imaginário é denominado aqui paradigma.

A acepção que o conceito de paradigma tem nestas páginas é mais abrangente da que lhe atribui o estudo clássico de Thomas Kun. Ela inclui certamente as mudanças operadas no registro científico, mas, considerando o conjunto delas e focando as questões epistemológicas implicadas nesses processos, bem como a emergência de novos saberes e de novas formas de saber, produz importantes transformações nas crenças vigentes na sociedade tanto nas suas concepções sobre a forma de ser da realidade (ontologia), sobre as modalidades de conhecimento (epistemologia), quanto sobre a forma de ser do ser humano e suas capacidades (antropologia). Também o campo dos valores e sua transformação fazem parte desse processo, bem como as questões vinculadas a sua origem. Denomina-se então paradigma a um modelo geral que, a partir de determinadas concepções fundamentais — crenças —, preside durante longos períodos históricos as linhas mestras da organização de uma sociedade humana. Trata-se de uma construção histórica, imaginada e criada pelos homens de

determinada época. Seu dinamismo profundo é indissociável de sua intencionalidade. Como dito, ele inclui uma concepção do que existe, uma concepção da maneira de conhecer o que existe e uma concepção sobre o homem. É importante frisar que as ditas concepções não são o resultado de conhecimentos que, chancelados pela ciência, poderiam ser considerados inquestionáveis. Pelo contrário, são essas concepções fundamentais que organizam o pensamento de tal maneira que se constituem na condição para o desenvolvimento de determinados conhecimentos, e também da exclusão de outros conhecimentos que desmentem os pressupostos fundamentais do paradigma. É em virtude deste duplo processo de inclusão/exclusão de conhecimentos que se afirma que toda organização paradigmática ao mesmo tempo que organiza o conhecimento de determinada época, o limita. Todo paradigma é obra humana (todo conhecimento discursivo é uma construção), e como tal, teve um começo, é passível de crise e de substituição. Os processos de crise e de substituição — que constituem processos históricos longos e complexos — são deslançados quando duas séries de condições se tornam presentes (SANTOS, 2008). A primeira condição se refere às crenças fundamentais do paradigma, que em determinado momento começam a ser questionados pelos conhecimentos produzidos tanto no interior quanto à margem desse mesmo paradigma². A segunda condição se refere aos frutos dessa concepção paradigmática, isto é, à civilização criada e organizada a partir de suas crenças fundamentais. A primeira condição de mudança se desenvolve desde o início do século XX enquanto a multifacetada crise contemporânea — ecológica, climática, econômica, social e política — sinaliza fortemente a existência de uma profunda crise sistêmica. Assim, vive-se hoje não apenas a crise de uma concepção do conhecimento, totalitária e excludente, mas também uma severa crise de civilização.

Organizada em torno das ideias centrais

¹ Utiliza-se o conceito de ‘imaginário’ no sentido que lhe atribui Cornelius Castoriadis, 1978.

² A emergência da física quântica e seu questionamento da universalidade da determinação no mundo físico ilustra bem esse processo. Outro exemplo é dado pela descoberta do psiquismo inconsciente e de seu modo de operar, que derrubou a concepção do homem definido a partir de sua racionalidade.

de conflito, conquista e dominação como característica fundamental das relações entre os homens e destes com a natureza e possuindo profundas raízes na organização patriarcal, esse imaginário predatório abrange não apenas a concepção da natureza e das relações dos homens com a natureza: inclui ainda a concepção dos homens sobre si mesmos — e sobre sua própria natureza — e das relações entre eles. Nesse nível de abrangência, não existem diferenças significativas entre os países da denominada economia de mercado e as outras modalidades recentes — os países do denominado socialismo real — ou atuais de organização político social. Todos eles compartilham da característica central de constituir modelos falocentristas de dominação.

Como é sabido, toda crise apresenta duas características fundamentais: por um lado torna evidente a cristalização de impasses insuperáveis na situação vigente, tornando imprescindível uma profunda transformação das ideias — do imaginário — que geraram a situação em crise; por outro, e na medida que tal transformação se configura como uma necessidade, a crise abre uma oportunidade para a criação de um novo imaginário, isto é, uma outra maneira de conceber os homens, suas sociedades e suas formas de produção.

Características do paradigma da dominação

A seguir, considera-se brevemente as características do que, neste trabalho, está se denominando paradigma da dominação. As raízes profundas desse paradigma, ainda vigentes — embora fortemente atingidas pelas transformações nas crenças e nas relações sociais, bem como pela dimensão adquirida pela crise contemporânea —, integram as crenças fundamentais do imaginário patriarcal. Este imaginário é, como se sabe, dominante há mais de 5 mil anos e se sustenta sobre a crença da existência de uma

hostilidade entre cada indivíduo e a sociedade, hostilidade que, considerada insuperável, torna imprescindível o recurso à repressão e à dominação para tornar viável a vida em sociedade. Velho de milênios, o paradigma patriarcal viu crescer sua crise ao longo do século XX, sendo atualmente criticado e relativizado em seus múltiplos aspectos e manifestações. Seria um equívoco atribuir a essa crise do patriarcado o papel de causa da crise da civilização construída sobre a base do imaginário patriarcal. Essa leitura dos fatos, própria do pensamento conservador, pavimenta o caminho das mais variadas expressões de autoritarismo que é possível verificar no cenário contemporâneo. A crise do patriarcado não é causa da crise de civilização. Pelo contrário, constitui um elemento de sua superação, já que os desdobramentos dessa crise, nos diversos dualismos em que aquele se exprime, torna possível a construção de um novo imaginário e embasa novas modalidades de intervenção e ação.

Conflito, conquista e dominação são os elementos centrais desse paradigma. Eles se enraízam nos diversos dualismos com os quais o imaginário patriarcal concebe as formas de ser da realidade. O dualismo central é o que separa o ser humano da natureza, incluindo sua própria natureza, isto é, seu corpo, sensações e sentimentos naturais. Na progressiva elaboração da perspectiva patriarcal, o ser humano foi definido por sua capacidade racional, levando à desvalorização das complexas e riquíssimas características do seu ser natural. Nessa perspectiva, o que se originava na natureza humana, no corpo e nas suas paixões, passou a ser considerado como uma força incompatível com a vida civilizada, devendo em consequência ser dominado e ordenado pela razão. Ao aproximar a mulher da natureza, das paixões, dos sentimentos e da vida privada e o homem da razão, da vida pública e da criação cultural, o imaginário patriarcal inseriu o feminino no polo inferior do dualismo, tornando-a também objeto de dominação. Reproduzido

e consolidado historicamente pela organização das três grandes religiões monoteístas, o imaginário patriarcal se desenvolveu ao longo dos séculos, adquirindo na época moderna características específicas que, embora obtendo formas diferentes, reproduziram pelo essencial suas categorias centrais.

O reducionismo epistemológico do paradigma moderno teve assim forte impacto sobre a produção do conhecimento, desvalorizando os saberes compreensivos, únicos, capazes de lidar com a extensa parcela do real que não pertence ao mundo material nem se rege pelas suas leis de determinação. No contexto da crença dominante que concebia o mundo real como homogêneo e organizado conforme leis racionais, os saberes sobre o homem e a sociedade foram subordinados à lógica organizacional da ciência das matérias em um esforço — pela própria natureza das coisas fadado ao fracasso — de torná-las ciências explicativas. Os saberes compreensivos não operam atribuindo causas aos efeitos com que lidam. Lidam com a gigantesca complexidade da vida humana e social, passível certamente de compreensão, porém inabordável para os saberes exatos, cujo potencial se esgota no mundo da matéria.

A concepção dualista que separa sujeito e objeto nos processos de conhecimento deriva do dualismo fundamental. Sobrevivendo teimosamente, apesar das evidências que se avolumam no sentido de tornar evidente sua impertinência, esse dualismo exige ainda o aprofundamento da crítica. Com efeito, o abandono do pressuposto essencialista³, de longa data criticado tanto no registro das ciências contemporâneas quanto no das teorias da linguagem, não foi suficientemente acompanhado pela crítica consequente do dualismo na qual aquela perspectiva essencialista estava inserida. Assim, a superação do essencialismo racionalista foi, em muitos casos, acompanhada por uma crítica ao dualismo, que se manteve em um nível meramente declaratório e formal. Não ensejou o

reconhecimento da natureza como um ser vivo dotado de potencial autopoietico, nem favoreceu o reconhecimento de outras estratégias de conhecimento diferentes da que separa sujeito e objeto, nem de modalidades de conhecimento diferentes das discursivas. A insuficiência da crítica com relação ao dualismo levou à substituição do essencialismo racionalista pela crença na impossibilidade de todo conhecimento, assim como ao relativismo ético. Na superação dessa severa limitação, situa-se a reflexão daqueles que, como Boaventura de Sousa Santos, sustentam a complexidade da questão epistemológica, defendem a legitimidade das modalidades de conhecimento intersubjetivas, compreensivas e descritivas. A postulação de uma modalidade de conhecimento compreensivo e descritivo — ao invés de analítica e explicativa —, tornada necessária pelo reconhecimento da heterogeneidade das formas de ser do real, aborda a aventura do conhecimento desde uma perspectiva radicalmente diferente daquela seguida pelas ciências duras. Esta admissão da legitimidade de modalidades plurais de conhecimento resulta de uma crítica consequente do dualismo e de sua superação. Supõe o abandono definitivo da concepção do corpo máquina e ainda da redução do psiquismo à atividade da consciência separada do corpo. Significa ainda o abandono da crença que se atribuiu à consciência e à linguagem o monopólio nos processos de apreensão e produção de sentido. A superação consequente do dualismo supõe assim a abertura para experiências que, como a prática psicanalítica, constituem uma relação intersubjetiva — e não entre sujeito e objeto —, reinserindo o processo de apreensão do real ao interior de uma unidade maior que as partes que a constituem. É esta inserção, com efeito, que torna possível a existência de experiências de ‘apreensão direta e imediata’, como as que teoriza Freud, e as que, de maneira mais geral, sustentam os saberes que visam não à explicação, mas à compreensão. A importância que neste

³ Em apertada síntese, o modelo essencialista, de inspiração platônica, exprimiu-se na modernidade postulando a existência de uma ordem racional e imutável na natureza, passível de conhecimento progressivo pelo esforço da razão humana. Esta crença, que sustentava a potencial capacidade da razão humana de se apropriar do conhecimento discursivo das leis que organizam a totalidade do real, nutriu a onipotência iluminista.

processo de crítica do paradigma moderno precisa ser atribuída aos saberes sobre o homem é bem formulada por Boaventura de Sousa Santos quando escreveu, há quase duas décadas, que

chegamos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de completarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios. (SANTOS, 2000, P. 31).

A concepção da natureza externa como máquina, central no dualismo do paradigma moderno, levou a ignorar a riqueza das expressões da vida na natureza, cujo dinamismo foi reduzido a efeito de uma única causa, a causa eficiente. Assim concebida, a natureza é apenas extensão e movimento, passiva, eterna e reversível, um grande mecanismo cujos elementos é possível desmontar e formular em formas de leis, tornando possível sua dominação. Esta dominação exprime o que constitui a intencionalidade que inspirou a elaboração desse paradigma e que consistia em produzir conhecimentos racionais sobre as relações de causa efeito vigentes na vida natural, de modo a permitir a intervenção humana no sentido de dominar esses processos, pondo-os ao serviço de seus objetivos. Como é óbvio, em uma sociedade sustentada sobre a desigualdade, a exploração e a dominação, tais objetivos não se confundem com os interesses genuínos da humanidade. Esta distinção entre interesses e objetivos é necessária, já que objetivo de dominar a natureza não necessariamente atende os interesses humanos, como mostra hoje pungentemente a crise climática e ecológica. Embora tendo permitido um formidável desenvolvimento da ciência e da técnica, para nada negligenciáveis e hoje imprescindíveis para a sobrevivência, a representação da natureza como uma máquina levou a ignorar o movimento profundo da própria natureza e seus delicados e complexos processos de equilíbrio

interno. A complexa dinâmica interna que guia o desenvolvimento dos seres, que na antiguidade era denominada de lógica final, e as condições que essa dinâmica impõe, foram igualmente ignoradas, sendo esta ignorância a condição que permitiu a aceitação acrítica do modelo mecânico.

Os elementos emergentes do paradigma do cuidado

A crise do paradigma da dominação é o resultado da combinação de uma pluralidade de condições. Distinguindo entre tais condições as sociais e as teóricas, privilegia-se neste trabalho a discussão das segundas, fazendo sobre as primeiras considerações que ilustram a discussão sem abordar, no entanto, uma análise sistemática delas. Essa discussão torna evidente a fragilidade dos pilares que fundamentam o dito paradigma nos três registros que o organizam, isto é, nas suas concepções sobre o ser, sobre o conhecer e sobre o próprio homem. O motivo comum da falência dos pressupostos centrais do paradigma reside, como indicado acima, na sua concepção dualista fundamental e no aviltamento da natureza e da natureza humana que dele decorre. No registro do conhecimento, esse dualismo fundamental é responsável pela negação da imensa riqueza e complexidade da vida e dos processos de relação e apreensão. Embasa também uma concepção mutiladora do humano, ignorando as qualidades específicas de seu ser, das experiências psicossomáticas e relacionais, impondo, pelas crenças que inspira e reproduz, um modelo de subjetividade beligerante e conflitivo. Reproduz assim, tanto no nível da produção subjetiva como no da vida social, as características que postula entre seus pressupostos básicos, que apresenta acríticamente como naturais e imodificáveis. Aos motivos teóricos que levaram à crise paradigmática, acrescenta-se a multifacetada crise contemporânea, cuja gravidade

e urgência deverá impulsionar crescentemente a discussão deste tema fundamental. A crise climática torna evidente a profundidade de outras crises, como a que gira em torno dos valores que orientam a ação dos detentores do poder, tanto do poder político quanto do poder econômico, do financeiro e do comunicacional.

A ambiguidade e a insuficiência da ação desses poderes, no sentido de tomar as medidas necessárias para combater a crise ecológica e climática, mostra a primazia dada a interesses de acumulação dos poderosos e a primazia de valores que privilegiam o crescimento a qualquer custo, mesmo quando ele enseja a destruição de indivíduos e culturas — pensa-se nos povos indígenas — e/ou à omissão face ao constante crescimento da crise. Poder-se-ia arguir, neste ponto, que a adoção de políticas públicas e formas de organização social que priorizassem a questão ecológica, aqui incluindo a ecologia humana, exigiria um profundo processo de democratização tanto do poder e da política quanto do poder econômico e financeiro e do poder no campo das comunicações. Exigiria ainda a democratização do conjunto das relações humanas. A isso se poderia responder que se bem as condições para a organização de uma sociedade realmente democrática e decente requerem todo esse aprofundamento democrático, isso, contudo, não significa que o acréscimo da consciência em torno da urgência da questão e a consolidação de um paradigma que legitime e oriente as condutas, no sentido sintetizado pela ideia do cuidado, não constitua um poderoso instrumento em um processo que não pode mais esperar para acontecer.

A concepção emergente na qual se afirma a prioridade da perspectiva do cuidado tem como eixo central o reconhecimento da riqueza e diversidade da vida natural e da insuperável inserção dos sujeitos nela, inserção que nutre e alicerça sua maravilhosa capacidade de criar. No registro da natureza

humana, a concepção emergente enfatiza e resgata a evidência e a força da empatia, que ao mesmo tempo que exprime a abertura para o outro, evidencia a necessidade que se tem dele para constituir e para desenvolver e viver uma vida boa. Essa necessária presença do outro para se constituir e desenvolver, essa prioridade das necessidades emocionais do ser, dão nova profundidade à singularidade de cada um, singularidade igualmente necessária para o cabal desenvolvimento, mas muito afastada da prisão caracterizada por um individualismo beligerante cuja inserção social devia ser imposta pela violência simbólica. O paradigma do cuidado se sustenta então no reconhecimento do outro na sua alteridade, reconhecimento que se tem na empatia natural sua raiz mais profunda. Alteridade, que longe de ser racionalmente escolhida ou estoicamente suportada, caracteriza um fator central na constituição de cada um como sujeito singular. O reconhecimento do outro como alteridade que sustenta a atitude de cuidar se exprime na própria etimologia da palavra ética. Ética deriva do grego *ethos*, que por sua vez remete a dois sentidos, ‘morada’ e ‘pátria’, o primeiro se referindo às condições requeridas para se ter um lugar onde viver e o segundo indicando os laços sociais através dos quais se emerge ao ser. A palavra ética se refere então às condições necessárias ao acontecer humano, condições que tornam possível, para cada um, ‘morar’ no mundo inserido em uma comunidade. Morada, pátria, um lugar para viver, todos eles nomeiam um lugar para ser. Esse ‘lugar’, considerado uma condição para o advento do ser, é na realidade o ‘nós’ ao interior do qual o sujeito pode construir sua singularidade. Supõe então o mutuo reconhecimento. Assim, é a relação constitutiva com o outro e o ser parte de uma comunidade, que constitui a condição fundamental para o vir a ser do sujeito e para o desenvolvimento de sua singularidade.

A concepção de um paradigma que

sustente a atitude de cuidar como atitude fundamental para embasar as relações sociais e a vida social pode parecer utópica, considerando as características da atual sociedade. Nela, em que pese a afirmação histórica de valores, como liberdade, igualdade e justiça, a experiência mostra que eles perdem boa parte de sua força, aproximando-se por vezes a constituir uma simples afirmação retórica, quando os períodos de crise ameaçam os privilégios dos poderosos. A perspectiva que considera possível uma mudança radical do modelo de dominação vigente é caracterizada como utópica por aqueles cujos recursos políticos, econômicos e de comunicação social lhes permite manter forte influência sobre o imaginário contemporâneo. Na verdade, a questão da utopia deve ser invertida, já que fica cada vez mais evidente a inviabilidade de continuar por muito tempo a realidade de devastação ecológica, e ainda do que também pode ser denominado devastação social, já que não se consegue pensar em uma caracterização mais apropriada para o atual processo de concentração da riqueza, desperdício de recursos, exploração e injustiça. Processo no qual a expansão da tecnologia, ao invés de significar um benefício para os seres humanos, redundava em sofrimento e desemprego.

A condição de possibilidade do estabelecimento de um paradigma presidido pela atitude de cuidar supõe uma concepção radicalmente historicista do homem e da natureza. Concepção na qual os processos de determinação, vigentes no mundo da matéria — com as limitações demonstradas pelas ciências contemporâneas — não preside a realidade do ser, onde rege a transformação e a criação. Esta radical historicidade, como se verá, não significa uma nova ruptura do ser humano com a natureza, mas caracteriza uma modalidade específica de inserção nela, que por sua vez se exprime, no que tange à vida emocional, por tendências e não por determinações. Tendências podem

ou não se desenvolver dependendo do contexto no qual o processo de desenvolvimento emocional se efetua, sendo assim que o contexto ambiental se transforma em elemento central na constituição de cada indivíduo. A emergência do paradigma do cuidado tem como condição de possibilidade profundas transformações em todos os domínios do conhecimento. As ditas transformações atingiram pressupostos tão centrais como a crença na homogeneidade racional do real, substituída à luz dos novos conhecimentos pela concepção de um real heterogêneo, caracterizado por diversas formas de ser. Atingem ainda o terreno do conhecimento, redefinindo o papel da razão como uma poderosa e insubstituível ferramenta para lidar com a realidade material, porém inserida no contexto de um psicossoma cuja dinâmica emocional sustenta a emergência dos valores, que devem orientar a utilização do poderoso recurso que é a ‘razão instrumental’. Nesse contexto, o lugar da ciência é também redefinido, passando a compartilhar com outras formas de saber, a tarefa do conhecimento. Às ciências, compete a responsabilidade de oferecer explicações sobre o mundo da matéria, tornando possível a intervenção sobre ela. Contudo, compete aos saberes compreensivos a tarefa de definir os objetivos e limites dessa intervenção, no contexto de sua compreensão dos aspectos não materiais da existência. À diferença do paradigma moderno, o paradigma emergente não se caracteriza por visar a produção de uma ciência unificada. Entendendo que todo saber discursivo é uma construção, ambiciona produzir um saber complexo e permanentemente provisório, nunca isento das marcas das subjetividades que o produziram. Mesmo sendo provisórios e provisoriamente articulados de determinadas maneiras, este conjunto de saberes constitui, como afirma Boaventura de Sousa Santos, uma construção capaz de fornecer conhecimentos que é prudente acolher. Esta perspectiva sustenta

a legitimidade dos conhecimentos que, por serem possíveis, são também irrenunciáveis. Assim, o abandono da crença arrogante que afirmava a capacidade da razão humana para conhecer a verdade do ser não significa renunciar a qualquer tipo de conhecimento, mesmo que os saibam provisórios.

Neste ponto da arguição, convém introduzir, mesmo que de maneira sumária, a concepção elaborada pelo psicanalista Donald Winnicott sobre o processo do desenvolvimento emocional dos indivíduos, concepção elaborada ao longo de uma prolongada prática clínica que constitui também o cenário de emergência de um saber compreensivo. À luz dessa experiência, Winnicott refuta os pressupostos do dualismo corpo-mente, rejeitando ainda a crença segundo a qual o psiquismo e a vida emocional do homem possam ser caracterizados por determinações imodificáveis. Constatando que desde o início da vida o bebê humano possui a capacidade de elaboração imaginária de suas experiências, afirma que sua emergência como ego diferenciado — seu nascimento psíquico — se opera na relação com o outro, sendo que tal relação será fundamental para que em cada bebê se atualize ou se frustrate nas suas tendências naturais. Uma dessas tendências é à empatia, que quando atualizada pela atitude acolhedora do outro permite desenvolver sua natureza social, sua tendência emocional amorosa e os valores que dela emergem. Winnicott estudou essas questões ao longo de mais de quatro décadas de prática clínica. Sua experiência com bebês e suas mães e com adultos regredidos lhe permitiu compreender aspectos fundamentais dos processos de desenvolvimento do psiquismo e da vida emocional, isto é, do processo de constituição subjetiva. Sua teoria sobre o desenvolvimento emocional primitivo (WINNICOTT, 2000A) exprime essa compreensão, razão pela qual considera-se conveniente, no contexto do tema que se ocupa, discutir suas linhas gerais.

A constatação básica efetuada por Winnicott ao longo de sua prolongada experiência clínica — experiência de um saber compreensivo — é de que, longe de constituir o resultado de duas substâncias diferentes — corpo e psiquismo — o bebê humano constitui um psicossoma e que na origem da vida a dimensão psíquica desse psicossoma (WINNICOTT, 2000A) reside na sua capacidade de elaborar imaginativamente suas experiências, capacidade que sustenta a criatividade humana. Não existe ainda um ego, cuja constituição requer da imprescindível presença do outro, de um outro capaz de criar e sustentar uma situação excepcional e provisória na qual o novo ser não toma conhecimento do mundo e de suas exigências, podendo fazer a experiência fundamental de ser e da continuidade do ser. O período inicial da vida sendo de absoluta dependência do outro, o bebê humano vive no registro da necessidade, sendo que o atendimento dessas necessidades físicas e emocionais pela ação da maternagem funda as bases do que, na sequência de um desenvolvimento emocional saudável e do encontro com a alteridade, sustentará o que Winnicott (1983, p. 88) denomina “crer em”, isto é, uma atitude esperançada com relação aos outros e ao mundo. Nesse período da vida não cabe falar de desejos nem de limites para o desejo, já que não existe ainda um ego, mas apenas um psicossoma e suas necessidades. A imposição de limites e experiências disciplinadoras nesse primeiro momento do desenvolvimento emocional nada tem a ver com as necessidades profundas do bebê. As ditas práticas, usuais nas concepções vigentes até poucas décadas atrás e ainda hoje, respondem a concepções elaboradas no contexto dos pressupostos do modelo patriarcal.

A inserção do bebê humano na natureza, sendo irreduzível, não se caracteriza na dimensão da vida emocional e psíquica por determinações, mas por tendências, conceito através do qual Winnicott nomeia os

movimentos naturais que impulsionam a vida do bebê e direcionam seus processos de desenvolvimento, mas que requerem, para vingar e se consolidar, da ação adequada e cuidadosa do outro da maternagem. Em ausência dessa participação do outro, tais processos, podem não vingar ou fazê-lo de maneira insuficiente. As tendências fundamentais da natureza humana são identificadas por Winnicott (2000A, p. 221) como aquelas que visam a constituição do ego como uma unidade diferenciada do outro da maternagem e do mundo, a tendência a percepção da alteridade e a tendência a emergência espontânea de um sentimento ético, que sustenta a aceitação da alteridade e a capacidade de viver em sociedade. A emergência desse sentimento ético constitui uma tendência alimentada por uma característica natural que o ser humano compartilha com outros mamíferos e que é a tendência a empatia, isto é, a capacidade de sentir o sentimento do outro e de reagir a ele. Esta tendência fundamental, em que se exprime uma qualidade da natureza humana, constitui o cerne da sociabilidade humana. Sua emergência na experiência de cada bebê se insere em um momento do processo de desenvolvimento emocional no qual a soma de suas experiências precedentes, somado ao nível de amadurecimento psicossomático atingido, permite-lhe começar a intuir a alteridade do outro, até então sentido como criado pelo próprio bebê e, portanto, completamente manipulável por ele⁴. Nesse processo, a percepção do outro como autônomo e, portanto, fora de seu controle é rejeitada pelo bebê, que reage destruindo-o na fantasia. A manutenção por parte da figura materna da atitude amorosa e acolhedora, contrastando com essa ‘destruição’, permite ao bebê humano a conquista inaugural do sentimento de culpa, conquista sustentada na capacidade empática e cenário para a emergência de um sentimento ético. Esse sentimento espontâneo não é imposto pelo outro nem é produto de ameaças de retaliação — também não possui a forma

de normas —, é um sentimento espontâneo e constitutivo que, quando favorecido na sua emergência e consolidação pela atitude cuidadosa da figura materna, sustentará futuramente, desde dentro do indivíduo, uma conduta pautada pelos princípios e normas éticas. O processo de reconhecimento do outro é um processo que se desenvolve no tempo, contendo idas e voltas. Ao longo dele, o bebê humano inventa o que Winnicott denomina objeto transicional (WINNICOTT, 2000B), que é um objeto de seu cotidiano — brinquedo, lençol — que simbolizando a mãe, ora adquire as características de objeto criado pelo bebê e manipulável, ora transita para as características de objeto objetivo, fora do controle do bebê. A criação desse objeto transicional constitui um momento crucial na vida do bebê porque assinala seu ingresso no mundo simbólico, sendo importante destacar que o faz como criador do símbolo, e não como receptor de um sistema criado pela sociedade. Assim, tanto no que tange à emergência do sentimento ético quanto de acesso ao mundo simbólico, a experiência do bebê humano, sustentado nas tendências naturais à empatia e à criatividade, exprime um movimento de autonomia, e não de sujeição. Essa concepção é bem diferente da sustentada pela perspectiva patriarcal, na qual a ética surge, sob a forma de normas, como uma imposição feita pela sociedade, o mesmo acontecendo com o mundo simbólico. Normas éticas e símbolos sociais serão certamente importantes para o bebê humano, agora possuidor de um ego, mas o fundamento de ambos residirá no sucesso do desenvolvimento das tendências da natureza humana à empatia e ao reconhecimento da alteridade, sucesso cuja condição de possibilidade é o cuidado ambiental, isto é, a atitude acolhedora e amorosa pela figura materna.

Na teoria psicanalítica, o processo que culmina com o reconhecimento e aceitação da alteridade do outro foi denominado de “posição depressiva” (WINNICOTT, 2000C, p. 355). Não caracterizando uma doença, mas antes

⁴ Objeto subjetivo na nomenclatura criada por Winnicott. Na concepção do autor inglês, nesse primeiro momento da vida o outro aparece para o bebê como sendo fruto de sua própria criação. Após o reconhecimento da alteridade, o outro se transforma em objeto objetivo, isto é, existente por si mesmo e portanto não manipulável pelo bebê. Na passagem entre um e outro se insere a experiência do objeto transicional, expressão da criatividade própria do humano.

um momento necessário do desenvolvimento emocional, a dita designação foi justificada na psicanálise ortodoxa⁵ pelo papel que nesse processo cabe ao sentimento de culpa que o bebê vivencia então de modo inaugural. Na experiência de Winnicott, contudo, a conquista do sentimento de culpa, longe de ter que constituir-se em uma característica doravante insuperável na experiência humana, pode ser ultrapassada pelo sentimento de sentir-se preocupado (WINNICOTT, 1982) pelo resultado de seus atos com relação ao outro, a partir do qual, na presença de um ambiente favorecedor, conduz ao movimento de reparação. Isto é, o sentimento de culpa pode se transformar em responsabilidade face ao outro. Nesse contexto o sentimento de culpa é considerado uma conquista porque constitui o ponto inicial de um processo que pode levar à conquista, pelo ego do bebê, de sua dimensão social. Sendo-lhe constitutiva, isto é, sendo condição imprescindível para uma vida emocional saudável, o acesso a essa dimensão social da existência tem como condição de possibilidade o cuidado ambiental, isto é, a presença amorosa e acolhedora do outro da maternagem⁶.

A experiência winnicottiana tornou possível a elaboração de uma compreensão diferente sobre a questão da agressividade humana (WINNICOTT, 2000D). Winnicott não desconhece nem a minimiza, mas, à diferença das teses essencialistas encampadas por Freud⁷, o autor inglês a entende como produto histórico do desenvolvimento de uma tendência humana — a agressividade — no contexto de condições ambientais desfavoráveis. A tendência à motilidade, desdobrada em agressividade, caracteriza para Winnicott o que a etimologia dessa última palavra exprime: o movimento de andar para a frente, de entrar em contato com o outro e com o mundo e mexer com ele. Este movimento, quando vivenciado em um ambiente acolhedor, que mesmo quando aparece para o indivíduo como um limite conserva a característica fundamental do acolhimento

amoroso, insere-se no contexto de uma perspectiva presidida pelo sentimento ético, isto é, pelo reconhecimento do outro e das consequências do próprio agir sobre ele. O fracasso do ambiente no processo de emergência do sentimento ético e, posteriormente, o fracasso do ambiente social no acolhimento do indivíduo, inviabilizando a convergência da agressividade com o reconhecimento do outro (sentimento ético), provoca a transformação da agressividade em agressão. Assim, a tendência humana à construção se transforma em força destrutiva. A ambivalência afetiva, sendo do ego e não do id, perde, na perspectiva winnicottiana, a capacidade de produzir, inelutavelmente, culpa e infelicidade. Para o pensador inglês, ‘trabalhá-la’ e elaborá-la é tarefa da vida toda, sendo que o sucesso desse processo pode ser considerado como critério de maturidade e saúde psíquica. A empatia subjacente à concepção winnicottiana da emergência da ética espontânea e do sentimento de preocupação abre um processo que a psicanálise ortodoxa considera sem saída. Esta importante compreensão é sintetizada por Winnicott ao dizer, na contramão da crença do imaginário patriarcal, que se a sociedade está em perigo, esse perigo não nasce da agressividade dos homens, mas da repressão, operada pela sociedade, da agressividade dos homens. Isto é, a agressão que caracteriza a vida em sociedade é indissociável da imposição de relações sociais caracterizadas pela dominação e a imposição de práticas sociais que bloqueiam ou limitam severamente a expansão da agressividade humana e por tanto da criatividade⁸.

A compreensão do drama edípico constitui sem dúvida uma das grandes descobertas de Freud, imprescindível para compreender as denominadas neuroses de transferência. A pertinência dessa descoberta clínica não autoriza, no entanto, a considerar a vivência do drama edípico como cerne da constituição subjetiva e nem a atribuir a tal drama a origem do direito, da moral e da religião

⁵ Winnicott denomina psicanálise ortodoxa aquela que continua sustentada as concepções associadas aos pressupostos dualistas encampados por Freud.

⁶ Esta concepção se afasta vigorosamente, como se vê, da leitura elaborada por Freud e seguida pela psicanálise ortodoxa, na qual o sentimento de culpa é insuperável e crescente e a felicidade constitui para a humanidade um objetivo impossível.

⁷ Como é sabido, Freud sustenta no último período de sua teorização a existência de uma tendência natural e imodificável (pulsão de morte) que impulsiona todo indivíduo à morte e à agressão. As causas da formulação dessa teoria são complexas e não podem ser discutidas neste trabalho.

⁸ Diversas pesquisas realizadas em diferentes países mostram que um percentual muito elevado de pessoas — em algumas dessas pesquisas recentes esse percentual é de mais de 80% — trabalham em atividades das quais não gostam e só o fazem obrigados pelas necessidades materiais.

na história humana. Ambas as coisas não constituem uma decorrência necessária do complexo descoberto na experiência clínica, mas resultam da interpretação do material clínico no contexto dos pressupostos patriarcais vigentes na época e na personalidade de Freud. A crítica à centralidade atribuída pela psicanálise ortodoxa ao complexo de Édipo se desdobra em duas vertentes. Em ambas, a superação de pretensos determinismos naturais e a afirmação da historicidade — e, portanto, contingência — dos processos constitui um aspecto fundamental. Na primeira vertente, a crítica questiona a omissão da influência crucial do período da etapa primitiva do desenvolvimento emocional⁹, omissão que desconsiderando a possibilidade de um indivíduo sequer conseguir atingir as condições fundamentais para vivenciar o drama edipiano, considera essa vivência como uma experiência que todo indivíduo deve enfrentar na vida, como afirmava Freud. A segunda vertente aborda a própria vivência do drama edipiano, condicionando seu desfecho ao comportamento dos fatores ambientais. Em ambas as vertentes, a crítica aponta também a questionar as crenças deterministas que embasam a psicanálise ortodoxa e que a esvaziam de historicidade. A primeira vertente da crítica sublinha a necessidade de inserir a experiência do complexo de Édipo em um processo mais amplo, no qual é precedida e fortemente condicionada pelo período primitivo do relacionamento emocional. A história inicial de cada indivíduo com seu ambiente influencia assim decisivamente a compreensão, em cada caso, do drama edipiano. A segunda vertente da crítica privilegia os desfechos possíveis do drama edipiano, rejeitando a consideração do sentimento de culpa como insuperável e inevitavelmente crescente e responsável por um também insuperável mal-estar na vida social. Como se viu, Winnicott sustenta, afastando-se do determinismo freudiano, que o sentimento de culpa originado pelo ataque destrutivo que na fantasia o bebê

dirige à figura materna, quando esta se diferencia, desdobra-se, mediando uma atitude favorável do ambiente, na emergência de um sentimento de concernimento, empatia e desejo de reparação, transformando o sentimento de culpa em responsabilidade social. É também pela rejeição do determinismo e pela adoção de uma perspectiva historicista que Winnicott reconhece no comportamento parental em cada caso singular uma efetiva participação na evolução e desfecho do complexo de Édipo.

Convém se deter em alguns aspectos fundamentais que embasam estas divergências fundamentais. A longa experiência clínica com bebês e suas mães levou Winnicott a afirmar que a experiência crucial do limite imposto ao narcisismo decorre, para cada indivíduo, do desfecho da posição depressiva, isto é, ao interior da relação dual com a figura materna. A progressiva diferenciação desta, inviabilizando a continuidade de um estado no qual era sentida pelo bebê como um “objeto subjetivo” (WINNICOTT, 1975A, P. 121), criado pela sua onipotência e manipulável a vontade, confronta o bebê com a existência da alteridade, favorecendo a emergência de seu próprio sentimento egóico. Inicialmente rejeitada e “destruída” na fantasia, essa mãe progressivamente “objeto objetivo”, ao sobreviver sem retaliar, isto é, mantendo a atitude de acolhimento amoroso, possibilita a expressão da empatia que integra as tendências naturais da espécie, possibilitando a transformação do inicial sentimento de culpa em movimento de reparação, semente do início do processo de inserção social do bebê humano. É assim nessa relação dual, no contexto da presença amorosa — e não da ameaça de repressão — que o bebê humano experimenta a experiência do limite e o acesso à alteridade. É nesse momento do processo que, na compreensão de Winnicott, emerge o sentimento ético e o superego espontâneo. Assim, foi a experiência clínica de Winnicott que o levou a divergir frontalmente da concepção da natureza encampada

⁹ A ausência de experiência clínica com bebês e suas mães e com pacientes regredidos no seu processo de desenvolvimento emocional estão certamente entre os principais motivos que permitem compreender a posição teórica adotada por Freud em sua época.

por Freud, superando os ‘determinismos naturais’ e subordinando a atualização das tendências naturais, para cada indivíduo, do comportamento de seu ambiente específico.

A aplicabilidade de ambas as teorias não se limita, obviamente, à prática clínica: são portadoras de concepções antropológicas fundamentais, tendo, portanto, importantes consequências sobre a concepção da vida social. Entre essas divergências fundamentais, é importante considerar a questão da fantasia. Concebida por Freud como expressão de uma patologia na qual se exprime a dificuldade do indivíduo de aceitar a frustração imposta pelo princípio de realidade, a fantasia¹⁰ é, para Winnicott, atributo fundamental da espécie humana, expressão de sua capacidade de elaboração imaginária de suas experiências, alicerce da sua criatividade e mediação necessária nas suas relações com o mundo dos objetos. É essa concepção que lhe permite rejeitar os determinismos, sustentado a historicidade da experiência humana.

A participação da criatividade na vida humana é muito importante para Winnicott, a ponto de o autor considerá-la responsável pela emergência do sentimento de que a vida vale a pena ser vivida (WINNICOTT, 1975B, P. 137). Afirma, com efeito, que, para cada indivíduo, esse sentimento fundamental depende de a criatividade ser parte de sua experiência de viver. A tendência a agir criativamente é natural no ser humano, mas, para que possa exercê-la, precisa dispor de “uma base a partir da qual operar”, base esta que consiste no “sentimento de existência” conquistado pelo indivíduo, conquista na qual o acolhimento do ambiente é fundamental. Igualmente necessário é o respeito pelo ambiente do agir espontâneo, sem o qual não existe base para a criatividade. É, portanto, a espontaneidade, expressão da tendência da natureza humana à liberdade, que constitui a condição fundamental da criatividade. E posto que a criatividade é inerente ao estar vivo, sendo a maneira natural do ser humano

se relacionar com o mundo, a espontaneidade e a liberdade são também próprias do viver. A criação é, então, inerente ao relacionamento do ser humano com o mundo dos objetos, mas nenhum relacionamento terá realmente sentido se não houver ali um ser. Só “um existente estabelecido”, escreve Winnicott, “pode experimentar a procura e o encontro de um objeto como ato criativo”. Esta é a razão pela qual, para Winnicott, o ser precede o fazer, e o “Eu sou” dá sentido ao “eu faço” (WINNICOTT, 1999, P. 112). O sentimento de ser, por sua vez, emerge da experiência em que o fazer por impulso tem predominância sobre o fazer reativo. A origem do sentimento de ser é, assim, “a tendência herdada do indivíduo a estar e permanecer vivo e a relacionar-se com os objetos que lhe surgem no caminho durante os momentos de obter algo” (WINNICOTT, 1999, P. 43). Produto do viver espontâneo, a emergência do ser tem também papel fundamental para a saúde: “ser e sentir-se real dizem respeito essencialmente à saúde” — escreve Winnicott — e

só poderemos partir para coisas mais objetivas se garantirmos o ser. Sustento que isto não é apenas um julgamento de valor, mas que há um vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de sentir-se real. (1999, P. 27).

Na reflexão política e filosófica, a questão da liberdade foi tradicionalmente pensada juntamente com a necessidade de estabelecer as condições necessárias para o convívio social, o que supõe compatibilizar a liberdade dos indivíduos com a vigência de uma ética fundada no respeito da alteridade. No contexto de uma teoria antropológica que entende o homem como ser antissocial, essa compatibilização só podia ser estabelecida com base em um processo repressivo que resulta em grave limitação da liberdade. Como se viu, Winnicott insurge-se contra essa concepção. Em sua perspectiva, faz parte da natureza humana a tendência à

¹⁰ É verdade que Freud aborda a relação da fantasia com a criatividade, mas o faz com referência àqueles que possuem um dom artístico privilegiado.

emergência do sentimento ético, fundado na faculdade natural da empatia, que se atualiza no contexto de um ambiente acolhedor e amoroso, respeitoso do agir espontâneo do bebê. É nesse contexto que emergem o sentimento ético espontâneo e o superego espontâneo, que não podem ser substituídos, embora devam ser complementados pelo superego — imposto pela sociedade — estudado por Freud. Para Winnicott, então, os valores éticos que tornam o indivíduo capaz de conviver em sociedade resultam da experiência espontânea do indivíduo, e não de uma imposição da sociedade. Emergem de uma relação caracterizada pelo acolhimento amoroso, e não de uma experiência caracterizada pela ameaça e pela repressão. A experiência espontânea a que se refere faz parte da experiência de conquista do sentimento de concernimento no cenário da ‘posição depressiva’ e da resposta amorosa da mãe que não retalia à destruição operada na fantasia pelo bebê. É esse amor que sobrevive ao ataque que permite a atualização do sentimento de empatia natural no bebê humano. Foi esta compreensão que levou Winnicott a escrever que a educação moral não é substituída para o amor. O respeito pelo ambiente primário da expressão da espontaneidade do bebê é de tal importância para o autor inglês que este define a essência da crueldade como a destruição no indivíduo daquele grau de esperança que faz sentido a partir do impulso criativo e do viver e pensar criativos. É essa liberdade do impulso que faz com que a vida seja sentida como real e valendo a pena de ser vivida, conduzindo a uma visão criativa do mundo e dos objetos.

Na convergência da perspectiva historicista, da afirmação da espontaneidade como condição para a emergência da singularidade do sujeito como um sujeito criativo e da possibilidade de favorecer a emergência da tendência natural à solidariedade, surge a convicção de Winnicott relativa à viabilidade de cimentar a convivência social em sociedades democráticas, capazes de atender às necessidades básicas dos indivíduos, respeitar a livre

expressão de suas singularidades e favorecer a expansão da sua tendência natural à empatia. Em certos momentos em determinada sociedade — escreve —,

há maturidade suficiente no desenvolvimento emocional de uma proporção suficiente de indivíduos que a compõem, a ponto de existir uma tendência inata em direção à criação, à recriação e à manutenção da máquina democrática. (WINNICOTT, 1999, p. 192).

Trata-se de uma possibilidade, viabilizada pelas características da espécie, por sua historicidade e pela tendência à criatividade e à empatia. Em sentido oposto, a concepção freudiana do homem como sendo naturalmente um lobo predador para seus semelhantes torna inviável a concepção de uma sociedade realmente democrática, fazendo da repressão condição da vida social. Dizer que as características humanas não excluem a viabilidade da construção de sociedades democráticas é dizer que estas não são impossíveis, podendo ser pensadas como produto possível da criatividade e da empatia da espécie. Trata-se, sem dúvida, de uma conquista difícil, mas não inatingível, exigindo, para sua implantação, a disseminação de práticas democráticas no conjunto das relações sociais. A crise contemporânea não parece ser crise da ‘função paterna’, embora a crise de autoridade seja nela evidente. De maneira multifacetada, a crise contemporânea exprime a do patriarcado. É certamente uma opção responder a essa crise exacerbando o autoritarismo na tentativa de ‘reforçar’ o poder patriarcal. Alternativamente, ela pode ser enfrentada aprofundando as práticas sociais presididas por atitudes de empatia e cuidado, substituindo progressivamente as práticas pautadas pela competição. As práticas sociais inspiradas pela empatia e organizadas em atitudes relacionadas ao ‘cuidar’ podem ser fortalecidas pela recuperação das experiências de comunicação e relacionamento próprias da relação primária. Essas experiências, como se viu,

foram desvalorizadas e rejeitadas, no contexto da vigência incontestada do poder patriarcal, pelo processo repressivo. A decadência da dominação patriarcal pode, assim, favorecer a expansão dessas tendências à empatia e ao cuidado, tornando-as independentes das necessárias experiências de aceitação dos limites e de limitação da onipotência.

Assim, criatividade e fantasia são centrais na concepção winnicotiana sobre a vida individual e social. Somadas à importância atribuída aos afetos empáticos naturais e à participação do ambiente na constituição das subjetividades, fantasia e criatividade sustentam o pensamento historicista de Winnicott. A esperança na possibilidade de construção de uma sociedade mais solidária, livre e democrática não é assim depositada por Winnicott no desenvolvimento da racionalidade na vida social, mas na expansão do potencial empático da natureza humana.

Alguns poderão certamente afirmar que todas essas expectativas constituem uma utopia irrealizável, mas a essa afirmação pode-se responder que ninguém sabe do que é capaz uma sociedade realmente democrática. Considerar ingênua a expectativa de uma sociedade humana organizada em torno de valores de solidariedade e empatia, substituindo valores individualistas e competitivos, equivale a considerar ingênuo o trabalho orientado a construir sociedades verdadeiramente democráticas. Winnicott não projeta nenhum paraíso terrestre e não desconhece que a vida não é fácil, mas sua experiência levou-o a abandonar os pressupostos que sustentam a maldade como característica natural imodificável do humano, ao mesmo tempo em que lhe ensinou o significado da criatividade humana e a necessidade de rejeitar o determinismo nos saberes sobre a vida.

Considerações finais

Sendo um saber sobre o homem, a teoria do desenvolvimento emocional primitivo constitui

uma valiosa ferramenta para a compreensão do fenômeno humano em sociedade. Ela fornece conhecimentos valiosos sobre as necessidades emocionais do homem, que devem ser atendidas como condição para construir uma convivência social solidária e livre. O sentido da vida depende, segundo essa teoria, do respeito à singularidade e ao viver espontâneo de cada indivíduo, o que só é possível para todos em sociedades livres e democráticas. A espontaneidade — matéria prima da liberdade — constitui a espinha dorsal da concepção winnicotiana sobre o desenvolvimento emocional primitivo. Sua ausência inibe a experiência de um viver criativo, e este é condição para que o indivíduo sinta que a vida vale a pena ser vivida. Este sentir sustenta o sentido da vida, que não deve ser confundido com o significado. Este último é uma produção coletiva que organiza um conjunto de representações que, em determinado momento histórico, fornece respostas aceitas como crenças pelo coletivo, constituindo o significado da vida. As ‘grandes narrativas’ cumpriram historicamente esse papel. Os significados são uma construção intelectual atravessadas de afeto e, como produção histórica, contingentes. O sentido está relacionado com a inserção do homem na natureza, com a atualização criativa de suas tendências naturais e com a inserção criativa e solidária no coletivo humano. O sentido da vida não depende de se ter respostas sobre questões fundamentais, mas dessa dupla inserção na natureza e no coletivo. Assim, como lembra Boaventura, o abandono das grandes narrativas não pode levar à tese irresponsável da fragmentação e da contingência que atribui em exclusividade a ordem no mundo à consciência e linguagem.

A dimensão da crise contemporânea torna inadiável a emergência de um novo paradigma que organize a maneira de pensar o homem e a sociedade e permita agir em consequência. As profundas transformações operadas na compreensão do ser e

da natureza fazem do cuidado o operador central na construção desse paradigma emergente. A onipotência do paradigma da dominação construiu o imaginário que sustenta a possibilidade de um crescimento econômico infinito, ignorando que os recursos são finitos¹¹. O desconhecimento desse mesmo paradigma sobre si, sobre o caráter constitutivo da sociabilidade e sobre a natureza da vida emocional levou os sujeitos a esta situação de gravíssimos impasses na relação com a natureza e na vida social. O paradigma emergente, tendo o cuidado como operador central, acolhe a complexidade do real e de suas formas de apreensão. Não despreza o conhecimento científico nem as conquistas tecnológicas, mas reivindica enfaticamente a importância de outras formas

de conhecimento que, informando sobre si mesmos e sobre sua inserção na natureza, sustentem a emergência de uma sabedoria de vida. O paradigma emergente valoriza a razão, sabendo, no entanto, que nenhuma forma de conhecimento, isoladamente, é racional, mas que só o conjunto de todas elas pode sê-lo (SANTOS, 2000). Sendo imprescindível, a razão não fornece nenhuma verdade definitiva, mas harmonizada com o conjunto dos saberes é capaz de oferecer conhecimentos sobre o homem, sobre a natureza e sobre suas relações com ela, visando a construção de uma vida decente, na qual seja possível superar a situação já em seu tempo denunciada por Rousseau, de honra sem virtude, conhecimento sem sabedoria e prazer sem felicidade. ■

Referências

- CASTORIADIS, C. *A constituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. 2. ed., Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- SANTOS, S. B. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2000.
- _____. *Um discurso sobre a ciência*. 5 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
- WINNICOTT, D. W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000d, p. 288-304.
- _____. Moral e educação. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 114-127.
- _____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 218-253.
- _____. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982, p. 70-78.
- _____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000e, p. 332-341.
- _____. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 355-373.
- _____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 316-331.
- _____. A localização da experiência cultural. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975b, p. 133-143.
- _____. O uso de um objeto e relacionamento através

¹¹ É ilustrativo a esse respeito o vídeo. 'A história das coisas'. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=k_rbYcBi-Jw>.

de identificações. In: _____. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975a, p. 121-132.

_____. Sum: eu sou. In: _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 41-51.

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): *reasons and affections of a strategic path advocating a National Policy for Comprehensive Child Health Care*

Liliane Mendes Penello¹, Selma Eschenazi do Rosario²

¹Psiquiatra e psicoterapeuta de grupos. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). lpennello@gmail.com

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

RESUMO O artigo apresenta o percurso realizado pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) – iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Fernandes Figueira em parceria com o Ministério da Saúde/Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), recém-lançada pela Portaria MS/GM 1.130, de 5 de agosto de 2015. O foco recai sobre a segunda fase desta pesquisa-intervenção e busca responder a duas questões principais: por que o campo da Saúde – com foco na produção de saúde – necessita (ainda) de propostas estratégicas para contribuir na formulação e implantação de uma política pública que objetiva o cuidado integral à criança e seus cuidadores? E, em se tratando de construção estratégica, que táticas foram priorizadas para proposição de ações resolutivas de enfrentamento às iniquidades vinculadas a esta agenda? O significado do termo ‘estratégia’, em um dado período histórico, inicia esta discussão com contribuições teóricas e conceituais vinculando-as ao paradigma do cuidado e produção de saúde no terceiro milênio. Sobre o ‘como fazer’, traz-se a experiência EBBS na formação de profissionais de saúde, priorizando tecnologias relacionais como base para inovações. O fortalecimento do pacto interfederativo entre atores dos três níveis da federação com participação da sociedade civil resultou na formulação da PNAISC, uma política pública que reconhece o pleno desenvolvimento infantil como agenda prioritária a ser considerada para o desenvolvimento sustentável do País.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde; Desenvolvimento infantil; Estratégias; Saúde da criança; Cuidado da criança.

ABSTRACT *The article presents the path taken by the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) – an initiative of Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Fernandes Figueira in partnership with the Ministry of Health / General Coordination of Child Health and Breastfeeding (Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM) for the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC), recently constituted by Ordinance MS/GM nr 1130 of 5th August*

2015. The article focuses on the second stage of this research-intervention and seeks to answer two main questions: why does the health field – focusing on health production – (still) need strategic proposals that aim at the integral care of children and their caregivers? And, while regarding a strategic construction, which tactics have been prioritized for the proposition of resolvent actions to confront the iniquities related to this agenda? The meaning of the term ‘strategy’, at a certain historical period, initiates this discussion with theoretical and conceptual contributions linking them to the paradigm of care and the production of health in the third millennium. Regarding ‘the ways of doing’, the article presents the EBBS experience with health professionals’ training, prioritizing relational technologies as a basis for innovation. The strengthening of the inter-federative pact between actors of the three levels of the federation with the civil society’s participation resulted in the PNAISC formulation, a public policy that recognizes the child full development as a priority agenda to be considered for the sustainable development of the country.

KEYWORDS Public health policy; Child development; Strategies; Child health; Child care.

Apresentação

Uma verdadeira viagem de descobrimento não é encontrar novas terras, mas ter (sobre elas) um novo olhar.
(PROUST, M.)

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros passos para o Desenvolvimento Nacional (EBBS), foi apresentada, no ano de 2007, no âmbito do Mais Saúde, um programa estratégico lançado pelo Ministério da Saúde, reunindo um conjunto de diretrizes definidas em torno de sete grandes eixos para suas ações. Em uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, a EBBS surgiu como proposta dirigida à atenção integral à saúde da criança, compondo o eixo voltado à promoção da saúde. Formalizada pela Portaria MS/GM 2.395, de 07 de outubro de 2009 (BRASIL, 2009), a EBBS considerou os marcos legais, institucionais, recomendações teóricas e técnicas internacionais e nacionais, e experiências exitosas de programas e políticas para além da área da saúde, para sua construção, como educação, assistência social e cultura.

Conforme apontam Temporão e Penello (2010), esses marcos abrigavam ações dirigidas à criança em um campo em que a saúde estava incluída como terreno fértil para incremento de iniciativas voltadas para os aspectos do desenvolvimento emocional, com especial atenção aos primeiros anos de vida. Destaca-se o vínculo inquestionável entre o crescimento pessoal e o social, pautado no desenvolvimento infantil pleno e saudável e na importância da primeira infância (no Brasil, período que corresponde do nascimento aos 6 anos, ou seja, aproximadamente 20 milhões de crianças) como a etapa da vida que abriga um tempo diferenciado, mas não encerrado, para produção de saúde e vida com qualidade. O reconhecimento global, atualizado pelas pesquisas neurocientíficas do quão importante é a relação entre o crescimento de cada cidadão e cidadã e o desenvolvimento de sua sociedade e de seu país – com a observação das repercussões no mundo adulto, da plenitude das capacidades e habilidades individuais para a criação de vínculos, interação e enfrentamento de desafios pessoais e coletivos –, em um mundo que clama por sustentabilidade e cuidado recomenda a defesa aguerrida da agenda da criança com estímulo a políticas

públicas que explicitem esta relação virtuosa: favorecer a infância saudável é favorecer um mundo sustentável para todos.

Nessa perspectiva, este artigo busca percorrer os caminhos traçados pela iniciativa EBBS considerando basicamente duas questões: por que o campo da Saúde — com foco na produção de saúde — necessita (ainda) de propostas estratégicas como esta para suporte a uma política pública que visa contribuir para o enfrentamento das iniquidades provendo cuidado integral à criança e seus cuidadores? E em segundo lugar, tratando-se de uma construção estratégica, que táticas priorizar?

O destaque para essa primeira pergunta chama a atenção, como se apontou, para a defesa da necessidade humana do cuidado como questão (ainda) premente no terceiro milênio. Pode-se aprofundar essa discussão com a leitura de Plastino (2015). O paradigma do cuidado apresenta com clareza o desafio da integração e da integralidade das ações visando o crescimento pessoal e social: só o cuidado ‘encarnado’ em um ser humano pode ser transmitido a um outro, de forma a promover uma costura do presente ao passado e ao futuro, reconhecendo na infância, no aqui e agora, uma etapa extremamente importante para a definição dessa linha de continuidade para a existência plena.

Esse cuidado que envolve cada sujeito antecedendo a existência individual tem um contorno afetivo e emocional para além de um ambiente biologicamente concebido, e vem, através dos tempos, apresentando-se na história dos homens, associado à possibilidade de amar. Amor que se explica com Maturana (1998), quando diz que amar é aceitar o outro como legítimo outro, na relação, permitindo a expressão afetiva de se colocar ao seu lado, ou em seu lugar, porém, reconhecendo o nosso próprio lugar. Ou seja, traduzindo com Sennett (2012), empatia e simpatia, como maneiras de apresentação de afetos capazes de sustentar ações voltadas ao campo social, ampliando as chances de identificar e enfrentar

em um país de extensão continental, como o Brasil, as inumeráveis questões de suas diferentes infâncias.

Todos os condicionantes para o crescimento do homem e seu desenvolvimento em sociedade são considerados, e a determinação social da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) um ponto fundamental dessa compreensão, mas a opção estratégica é pela defesa das potencialidades, capacidades e habilidades para mudanças pessoais e coletivas: a aposta é na construção de políticas públicas capazes de defender e prover, com seus princípios e ações um ambiente facilitador à vida (PENELLO, 2013)¹.

Vive-se um processo de aprimoramento da construção democrática no País que é fundamental ao desenvolvimento de uma consciência sanitária, conforme diz Berlinguer (1978). Trata-se da compreensão de que saúde é um direito da pessoa em relação com sua coletividade, ou seja, deve ser interesse de toda a comunidade a qualidade do cuidado em saúde de cada um de seus cidadãos. Para que isso ocorra, é preciso que haja promoção permanente dessa consciência por meio de todos os dispositivos e equipamentos sociais com esta finalidade.

Esta proposta considera tanto esse descuido na observação de direitos quanto os inúmeros esforços realizados para um novo patamar de saúde para as brasileiras e os brasileiros. O desenho da EBBS, seu modo de pensar e de fazer, pautado nas habilidades dialógicas, busca essa conversa entre diferentes representantes dos diversos níveis de governo, apostando nas necessárias mudanças de mentalidade, objetivando o fortalecimento de um projeto civilizatório abrigado na proposta de bem-estar e qualidade para a vida que o Sistema Único de Saúde traz em sua essência.

A abordagem do próprio significado do termo ‘estratégia’, em um dado período histórico, ganha assim uma conotação especial, partindo do reconhecimento da importância da construção dos planos de ação em tempos

¹ Ambiente facilitador à vida diz respeito ao “processo que contempla o suporte ambiental necessário para que a criança e sua família recebam adequadamente cuidados físicos e psíquicos para o desenvolvimento e conquista de autonomia e preparo para a vida. Envolve o estabelecimento de vínculos entre crianças, familiares e profissionais que atuam na atenção integral à criança e à comunidade” (PENELLO, 2013, P. 291).

de guerra e suas intervenções, objetivando as vitórias almeçadas ao trabalho primordial de negociação e conquistas apontadas pelas proposições do planejamento estratégico em saúde e o avanço que representa a concepção e aplicação de uma estratégia de atenção integral à saúde da criança permeada pelo cuidado. Sobre o ‘como fazer’ ou as ‘táticas’ priorizadas, são trazidas experiências com o uso de tecnologias relacionais como base para inovações importantes, em que os profissionais em campo tivessem a oportunidade de construir e fortalecer vínculos, negociando e formulando em seus territórios, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) — recém-lançada pelo Ministro de Estado da Saúde pela Portaria MS/GM 1.130².

Sobre estratégias e táticas: aspectos históricos

A discussão do significado e uso do termo ‘estratégia’ tem por objetivo buscar a compreensão histórica da palavra, favorecendo seu entendimento para apropriação na atualidade com possíveis contribuições inovadoras do grupo de atores parceiros neste campo de trabalho: o de fortalecimento do pacto interfederativo em defesa da atenção integral à saúde da criança no País.

Estratégia provém da palavra, em grego, *strategós*, composta por *stratós* — exército — e *ágein* (ou *ago*) — condutor, liderança, comando —, significando inicialmente a arte do general (LOBATO ET AL., 2013). Sua compreensão original e uso no meio militar focava a ‘habilidade’ em desenvolver um plano, um método, um conjunto de ‘estratagemas e manobras’ em uma guerra com o planejamento necessário a tarefas complexas, que envolvessem vários níveis de ação com vistas a ‘alcançar um objetivo ou resultado’ específico.

Aproximadamente ao ano 500 a.C., surge, na China, a primeira obra voltada especificamente para o conceito de estratégia, sem ainda mencionar esse termo: ‘A arte da

guerra’ (TZU, 2006). No prefácio deste livro, a tradutora Sueli Cassal admite que Sun Tzu, seu autor, poderia ser uma figura lendária, um filósofo estrategista que teria comandado e vencido muitas batalhas. Há, entretanto documentos do comentarista Se-Ma Ts’ien, do século I a.C, tratando do homem Sun Tzu nascido no estado de Ch’i, que por suas ideias e experiências relatadas nos breves 13 capítulos do livro que escreveu chamou a atenção do Rei Ho Lu, de Wu, que o nomeou seu General. Para conquistar a vitória, Sun Tzu apresentava o método que julgava mais eficiente em termos de economia de recursos e prevenção de desgastes ‘com a preocupação de uma condução ética por tratar-se da vida e da morte de pessoas’ (grifo nosso). O tratado de Sun Tzu reunia todos os aspectos relevantes guiados pela racionalidade e baseado na figura de um general astuto, ‘esperto’, capaz de manter sigilo, dissimulado e surpreendente. Hirata (2013) comenta as 12 lições do General Sun Tzu, que foram reproduzidas sinteticamente para reflexão dada sua atualidade:

Suas lições se iniciam com a assertiva de que ‘em uma contenda entre humanos, torna-se fundamental o conhecimento de si mesmo e do outro’ (grifo nosso). A ideia de que o autoconhecimento e conhecimento do oponente são fatores críticos de qualquer planejamento estratégico era essencial para Sun Tzu. Ou seja, o reconhecimento do que não se sabe se torna a maneira mais rápida de encontrar soluções em um cenário de incertezas, ampliando as possibilidades de quebra de padrões mentais que limitam os indivíduos para resolver problemas de alta complexidade e gerar soluções inovadoras quando se está vivendo sob intensa pressão. A segunda lição se refere à ‘Arte da guerra’ como questão de vida ou morte, e que em nenhuma circunstância deve ser negligenciada, fortalecendo o propósito de negociação e a abertura das agendas facilitando o processo de entendimento dos interesses mútuos.

² Portaria MS/GM 1.130, de 5 agosto de 2015.

Esse difícil processo poderá se beneficiar de uma habilidade tornada ferramenta básica da negociação, que é a capacidade de ouvir. Sun Tzu (2006) diz que quando se sabe ouvir, consegue-se entender os problemas ‘do outro lado’ (grifo nosso), estando prontos para aceitar seus argumentos, respeitando seu posicionamento, pensamento ou sentimento. Entretanto, apenas gostar ou usar muito as palavras não basta, é preciso que as negociações, cumpram o que foi enunciado no discurso e sejam efetivamente transformadas em atos e ações em prol da credibilidade.

Quando a negociação não é possível, a saída recomendada é focar no seu próprio discernimento quanto ao *timing* para avançar, recuar ou mesmo parar, não demandando a interferência dos superiores hierárquicos para tomada de decisão. Afirma que o guerreiro inteligente não apenas vence, mas também vence com facilidade, devendo-se considerar como um erro estratégico a decisão que exige um esforço descomunal a ser empregado em uma contenda. Assim, a preparação estratégica de uma negociação não se resume a apenas desenhar a estratégia, mas também o reiterado treinamento simulado para que todas as táticas sejam executadas com o máximo de perfeição (GANDRA, 2011).

Miyamoto Musashi, o mais famoso samurai do Japão, nascido em 1584, costuma ser lembrado, ao lado de Sun Tzu e Nicolau Maquiavel, como um dos três maiores estrategistas historicamente citados. Em 1643, ele escreveu seu importante e breve tratado, ‘*Go Rin No Sho*’ ou ‘O livro dos cinco anéis’ (MUSASHI, 2010), apresentando seus ensinamentos e estratégias para vencer um combate de acordo com os cinco elementos fundamentais da filosofia budista: a terra, a água, o fogo, o vento e o vazio. No ‘Livro da terra’, Musashi trata do caminho da estratégia abordando a importância do planejamento, da organização e da liderança. Ele explica que a Lei Moral ou o código de honra do

guerreiro é fundamental para enobrecer sua vitória sobre os adversários e lhe permitir auferir fama e prestígio. Para tanto, dedica-se à compreensão de temas, como a distribuição de tarefas, liderança, motivação, dedicação e perseverança, que permeiam as relações entre comandante e comandados. No ‘Livro da água’, são apresentados os métodos, os movimentos, o tempo (ritmo) e as posições da escola de artes marciais *Niten Ichi* para se obter a vitória. Gandra (2012) ressalta que para Musashi, existe um ritmo para tudo na vida: gestores, lutadores, mercados, devem ser capazes de discernir estes ritmos das coisas e isto é o que há de mais importante na estratégia. Musashi mostra que é mais fácil vencer quando se conhece o ritmo do oponente, confrontando-o com um ritmo que ele não conhece. O ‘Livro do fogo’ apresenta o combate em si, ensinando a manipular o ânimo, a enganar e surpreender o adversário não importando seu tamanho ou força. Para isso, deve-se atentar para o treinamento contínuo com tomadas rápidas de decisões, antecipando os movimentos do inimigo ainda na intenção (*ex-ante*). O ‘Livro do vento’ ressalta a importância de conhecer a tradição e estilos dos oponentes, em que o mais importante é manter a previsibilidade das ações acordadas nos limites da tolerância: não permitir pressões para antecipações que prejudiquem o que foi planejado, tirando o projeto dos trilhos. No ‘Livro do vazio’, ele recomenda não se afastar do *bushido* (caminho/essência do guerreiro) e da busca pelo entendimento da natureza das coisas, não permitindo que aquilo que não se compreende seja interpretado como vazio.

Antecedendo em 130 anos a publicação de Musashi, no ano de 1513, Nicolau Maquiavel (2001) escrevia ‘O príncipe’. A obra, publicada postumamente em 1532, apresenta, nessa perspectiva estratégica, um bom príncipe como aquele capaz de aproveitar os momentos de ‘fortuna’, isto é, a sorte e os momentos propícios à ação. Não se trata, porém, unicamente de aguardar o acaso ou a

oportunidade. É necessário também associá-los à ‘virtude’, ou seja, caráter e habilidade:

ao príncipe é necessário que tenha um espírito disposto a voltar-se para onde os ventos da fortuna e a variação das coisas lhe ordenarem; e [...] não se afastar do bem, se possível, mas saber entrar no mal, se necessário. (MAQUIAVEL, 2001, P. 70).

Sobre a importância de o Príncipe conhecer a ‘arte da guerra’ e o território onde serão travadas as batalhas, diz Maquiavel (2001, P. 70): “Deve o príncipe, portanto, não desviar um momento sequer o seu pensamento do exercício da guerra, o que pode fazer por dois modos: um com a ação, o outro com a mente”. Quando se refere à ação, o autor sugere que é preciso

conhecer a natureza dos lugares e saber como surgem os montes, como embocam os vales, como se estendem as planícies, e a aprender a natureza dos rios e dos pântanos, pondo muita atenção em tudo isto. (P. 70).

Conhecimentos úteis, pois aprende-se a conhecer o país e pode-se melhor identificar as defesas que oferece e com facilidade entender qualquer outra região que venha a observar, “de forma que, do conhecimento do terreno de uma província, se pode passar facilmente ao de outras” (MAQUIAVEL, 2001, P. 70).

Maquiavel (2001) também se refere ao exercício da mente: um príncipe inteligente deve observar essa semelhança de proceder, nunca ficando ocioso nos tempos de paz, pois quando mudar a fortuna, estará preparado para resistir.

Buscando a compreensão do termo ‘estratégia’ na atualidade, observa-se que tem sido usado para designar o caminho ou ação mais adequada a ser executada para ultrapassar algum problema e alcançar um objetivo ou meta (LOBATO, 2013). Von Neumann e Morgenstern (1944, P. 79), criadores da Teoria dos Jogos, definem ‘estratégia’ como “um

plano completo que especifica que escolhas poderão ser feitas a cada situação possível”. Ou seja, cabe à estratégia a definição das próprias metas tendo em vista as restrições e incertezas; mas para além disso, ela deve comportar a possibilidade de mudanças, devendo ser constantemente reavaliada e revisada na medida em que os parâmetros se alterem. O que importa é que a formulação da estratégia abranja tanto o campo do planejamento quanto a execução das ações, sendo fundamental acompanhar e avaliar se o trabalho operacional vem sendo executado conforme o plano e se existem maneiras mais eficientes do trabalho acontecer, traduzindo os objetivos estratégicos em indicadores de desempenho. Nessa compreensão, não há possibilidade de uma estratégia ser implantada sem a escolha das táticas apropriadas para os fins a que se destina. A tática, termo oriundo do grego *taktika*, envolve o modo como se organizam os recursos e os meios disponíveis que serão utilizados para que se atinja favoravelmente as metas sinalizadas por uma estratégia. Assim, a escolha articulada de ‘o que fazer’ e de ‘como fazer’ reflete-se no modelo operacional com a definição da arte de executar a tarefa alcançando os objetivos estratégicos. Para destacar a importância desta articulação entre estratégia e tática, lembra-se um outro histórico estrategista na arte da guerra, Napoleão Bonaparte, que dizia que na estratégia, decisiva é a aplicação. A influência na atualidade da construção histórica deste termo fica assim perceptível com todos os usos, aplicações, analogias e metáforas bastante conhecidas no mundo empresarial e dos negócios. A maior disponibilidade de recursos tecnológicos e comunicacionais possibilitam, no entanto, maiores chances de sucesso no monitoramento do cumprimento dos objetivos com a definição clara de seus indicadores e avaliação permanente do processo de formulação e de implantação da estratégia. Entretanto, os desafios persistem na sua construção social e política.

Karnal (2014) apresenta o conceito de liderança citando Maquiavel, especialmente o capítulo dezoito de 'O príncipe'. Diz ele que a liderança demanda uma combinação, permanentemente orquestrada da Fortuna (fatores aleatórios) com a Virtude (habilidades, capacidades técnicas) do líder, e essa conjugação certamente terá influência sobre a estratégia que ele venha construir. Por melhor que seja a estratégia, com racionalidade ou tentativa de previsão de atividades e ações, ressalta, que não há como prever o futuro que nos é inalcançável. Entretanto, entende que configura maior resiliência e fortalece a função da liderança ética: ter conhecimento sobre o campo de trabalho, não desprezar a intuição, saber ouvir ampliando a capacidade de diálogo, demonstrar capacidade de resistir a pequenas 'crises em continuidade'. Uma ampliação da Virtude para enfrentar a Fortuna.

Tendo dedicado toda sua vida ao planejamento estratégico voltado à área da saúde, Testa (2000) coloca que não se pode entender e realizar ações para modificar a situação de saúde sem compreendê-la como questão de poder. Pensar a saúde como questão social é o cerne da saúde pública. Portanto, como pensar o social para poder conceber as mediações para as ações que importam?

Nessa perspectiva, o autor alerta para uma postura estratégica que inclui os profissionais de saúde como atores sociais, implicados na história, com a clara percepção de que, para transformar a realidade, é preciso considerar os fundamentos genéticos e as bases vivenciais e conjunturais que atravessam os construtores dessa história, ou seja, as pessoas em sua vida cotidiana. Para ele, esse processo histórico social se estrutura discursivamente como uma lógica da ação ou como uma teoria que sustenta uma prática; assim sendo, estratégico mesmo é trabalhar no campo pela articulação entre teoria e prática com uma metodologia que considere a lógica da ação e que permita transformar comportamentos na vida cotidiana, um ponto marcado como fundamental para a

saúde pública.

Há uma grande aposta de Testa (2000) nesta compreensão da realidade que constitui e é constituída pelos sujeitos em relação. O exercício dessa habilidade relacional os torna capazes de produzir coletivamente mudanças a partir de um processo histórico que se desenvolve simultaneamente à sua gradativa instituição como sujeitos atuantes em âmbito social ou grupal, algo que torna possível que sejam, também eles, 'instrumento' de ação transformadora, democratizadora e participativa, enquanto sofrem igualmente os efeitos dessas transformações.

Testa (2000) afirma aí a esperança (não mais a ilusão) das possibilidades estratégicas para as mudanças necessárias especialmente no que diz respeito aos aspectos organizativos para provisão dos serviços de saúde.

Em uma publicação relativamente recente em que revisa os caminhos do planejamento estratégico no Brasil, Teixeira (2010, p. 131) apresenta o verbete 'estratégia'

... não é uma maneira de alcançar a meta, mas uma maneira de se colocar em situação de se aproximar para alcançar a meta: ganhar espaço, ganhar tempo, estabelecer condições favoráveis ao nosso próprio desempenho [...].

Assim, estratégia também é compreendida como um processo que implica a acumulação ou desacumulação de poder por parte dos atores sociais envolvidos na formulação e implementação de uma política que define o conjunto das ações realizadas com o intuito de se alcançar o objetivo proposto e, com isso, produzir o efeito desejado sobre uma dada situação.

Com essa formulação, encontra-se uma afinidade com o termo 'empoderamento', que tem sido muito usado e que significa o empoderamento de pessoas enquanto cidadãos conscientes, corresponsáveis e que são estimulados a assumir a sua faceta de 'sujeito político', com voz ativa, consciência crítica, mas também dotados de responsabilidades

para ‘fazer a sua parte’. Ou seja, não se trata de mera distribuição de poder, mas de uma produção coletiva, considerando-se que a partir dos encontros e desencontros coexiste um plano de forças com outro, o das formas (ESCOSSIA; TEDESCO, 2009). Tais encontros, conforme disse também Elias, não são produtos

[...] de uma interação entre um ‘dentro’ e um fora originalmente distintos, mas constituem uma função e um precipitado de relações, só podendo ser entendidos — como a imagem do fio em uma trama — a partir da totalidade da rede. (ELIAS, 1994, P. 36).

A compreensão de estratégia compartilhada pela EBBS transparece na metodologia adotada para o manejo das questões, sobretudo relacionais, para as quais se volta: não interessa o desequilíbrio de forças na relação com os oponentes, mas trabalhar o plano das forças (intensivas) como composição, como algo que seja da ordem do encontro, do fortalecimento e da potencialização coletiva, reconhecendo e considerando os opositores no caminho.

A utilização do livro de Richard Sennett (2012), nesta caminhada e perspectiva estratégica, foi da maior importância para o entendimento do valor da cooperação — ali tratada desde sua compreensão conceitual até as habilidades requisitadas para colocá-la em ação, no campo das práticas, e no uso diário do profissional e do gestor. Mais importante ainda porque fez uma interação virtuosa com o princípio do ambiente facilitador à vida, uma construção muito cara à EBBS. Muito deste trabalho diz respeito ao desafio em aproximar essa linguagem mais ‘dura’ dos estrategistas das guerras àquela da ordem do sensível, conforme costuma-se enfatizar, com maior proveito no sentido das melhores negociações e de resultados satisfatórios para o bem-estar dos envolvidos nesta tarefa de produção de saúde.

Portanto, mais do que aproximar o percurso da EBBS aos ensinamentos históricos dos

estrategistas mencionados, pode-se indagar que uso se faz desse conhecimento? Em que aspectos o projeto estratégico se distingue dessa leitura clássica? Que estratégia se tem interesse em trilhar? Quais são os propósitos e valores que guiaram essa trajetória? Qual é o diferencial deste trabalho?

Talvez mais do que responder a cada uma dessas perguntas, deseja-se contar a história de um trajeto, no que diz respeito aos modos de pensar e de fazer que foram sendo instituídos, alicerçados na trilogia Cuidado, Cartografia e Grupalidade, funcionando dinamicamente como operadores conceituais norteadores desta trajetória (MAIA ET AL., 2015).

A contribuição da EBBS para a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): reafirmando um certo modo de pensar e de fazer

Só o cuidado essencial pode gerar sustentabilidade ambiental e pleno desenvolvimento.

(BOFF, L.)

Quando se nomeou e se anunciou a EBBS, certamente não se tinha em mente um plano de Guerra, conforme Sun Tzu (2006), Musashi (2010) ou Maquiavel (2001), mas havia, como há, a clara intenção de tornar cada vez mais visível, considerando entre outros, o princípio da humanização na área da saúde, a defesa de uma agenda nacional voltada para o pleno desenvolvimento da criança brasileira, vinculando-o ao desenvolvimento social sustentável. Uma agenda estratégica no que diz respeito à construção de cidadania, partindo da ideia de produção de saúde, felicidade e vida com

qualidade. Nesse contexto, fala-se não de uma Guerra, mas de uma conquista pela superação de desafios pertinentes à causa da infância.

Trata-se aqui de apresentar ações que façam transparecer os modos de pensar e fazer da EBBS permeados pelas chamadas habilidades dialógicas: ouvir com atenção, agir com tato, encontrar pontos de convergência e de gestão da discordância.

Edgar Morin (2003, p. 97) os reafirma quando diz:

[...] um modo de pensar, capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados, é capaz de se desdobrar em uma ética da união e da solidariedade entre humanos. Um pensamento capaz de não se fechar no local e no particular, mas de conceber os conjuntos, estaria apto a favorecer o senso da responsabilidade e o da cidadania. A reforma de pensamento teria, pois, consequências existenciais, éticas e cívicas.

Sabe-se que se está trabalhando com o objetivo de mudança de mentalidades quando foi proposta a atenção integral à criança como agenda central para o estado brasileiro. A criança, a infância, as infâncias, costumam habitar no imaginário das pessoas como um lugar ‘no futuro’. Um entendimento de que há muito tempo para a produção de políticas, definição de ações e intervenções para uma população que vai crescer e, então, demandar cuidados: cuidados ‘de saúde’ demandados invariavelmente quando é a doença a protagonista em campo. A concepção moderna de tempo como algo voltado para o futuro amplia e afasta o espaço de experiências e o horizonte de expectativas para as ações. Muitos profissionais da área ainda percebem assim o caminho da atenção e dessa maneira se conduzem no dia a dia de suas práticas, utilizando-se ou não das boas práticas e das técnicas protocolares. Por essa razão, concorda-se com Testa (2000, p. 13), quando diz:

[...] a vida cotidiana é onde o sentido do mundo se faz presente onde se experimentam os prazeres e sofrimentos que estão implícitos na forma em que cada grupo social e cada indivíduo sentem as consequências das práticas que se realizam, especialmente as que correspondem a políticas que impactam de maneira muito significativa as condições de vida da vida cotidiana.

O desenvolvimento da consciência em saúde, portanto, não se dirige apenas aos que se encontram fora do campo específico. Pensa-se que uma contribuição importante neste aspecto é chamar a atenção de toda a sociedade, por todos os meios de informação e sensibilização pertinentes para a complexidade da produção de saúde, referindo-se com maior vigor ao seu aspecto relacional, vincular, no dia a dia, que indique o quanto o ambiente emocional, afetivo, que envolve cada um dos seres humanos, faz diferença no seu devir. Um trabalho que favoreça a todos os indivíduos perceberem a continuidade de sua existência, incluindo suas vivências traumáticas sem rupturas intransponíveis, como um caminho de saúde. Algo que permita perceber, por exemplo, que aquele adolescente em conflito com a lei foi aquela mesma criança que pode não ter usufruído de um ambiente familiar favorável a seu crescimento e desenvolvimento pela ausência ou omissão de cuidados, tanto no âmbito mais próximo da família e comunidade quanto nos cuidados que deveriam ser oferecidos pelos representantes do poder público³, ou pela presença violenta e intrusiva destes. Uma construção mais consolidada pelas contribuições mais atuais das neurociências, corroborando o que a psicologia e a psicanálise há muito colocavam de que estas vivências primevas, repercutem na saúde, na saúde mental, na disposição para sentir-se vivo e capaz de valorizar não apenas a sua vida, mas a dos outros humanos em relação. Um reconhecimento de que condutas antissociais dos indivíduos ocorrem não por

³ Ausência de creches, escolas e de serviços de saúde, entre outros tipos necessários de cuidados a serem oferecidos.

acaso, mas resultam de uma história social compartilhada. De forma que ao se apresentar tardiamente a Lei, diante das infrações cometidas, muito pouca ação ela terá, a não ser dar uma contenção institucional ou prisional com intenção regeneradora e corretiva no lugar da potência vitalizante representada pelo laço amoroso e acolhedor anteriormente negado ou esfacelado no âmbito familiar ou do estado como cuidador devido aos diferentes determinantes dessa mesma sociedade em que a criança vive. É nesta articulação entre a promoção de um ambiente facilitador (provedor de cuidados físicos e emocionais) e os determinantes sociais de saúde que reside a aposta da EBBS para o desenvolvimento de estratégias que agenciem esse encontro, sem que isso represente uma invasão na vida de cada família, ou seja, o poder público estando a serviço das famílias, sem querer fazer o papel de controlador dos modos de viver. Utopia? Talvez alguns pensem assim, mas o entendimento é de estar trabalhando, de forma estratégica, ações políticas no campo da saúde com a esperança de construção de um mundo melhor para todos.

Quando se fala em determinantes ou condicionantes sociais, culturais, intelectuais, cognitivos, psicológicos, não está se rendendo a uma compreensão limitadora causa-efeito do impacto deles sobre a vida e o destino da criança. Ao contrário, deseja-se chamar a atenção para uma nova possibilidade de entendimento da sociedade com a noção de que a história, defendida por Benjaminim (APUD TESTA, 2000), é objeto da construção de um tempo pleno, um tempo agora, que revaloriza o inesperado e questiona a normatividade. Então, buscar, por exemplo, na educação um refúgio incondicional, um contradestino, que só pode acontecer se as crianças não são determinadas pelo que as condiciona, mas por suas potencialidades, não pelo que as determina, mas pelo que as indetermina. Com essa compreensão, o educador Larossa (2013) acrescenta:

a educação trabalha com as potências, não com as condições. Claro que há crianças ricas, pobres, grandes, negros, deficientes, com a família desestruturada [...] Mas eu acredito que devemos dar atenção às potências, não às impotências.

Um exemplo candente da necessidade dessa mudança de mentalidade, dessa reforma do pensamento para lidar com a complexidade do humano, da construção do humano, em seu momento criança e adolescente é a recente aprovação pela Câmara dos Deputados da Redução da Maioridade Penal (PEC 171/1993)⁴, apesar de toda mobilização de setores importantes da sociedade brasileira.

Compreendendo que se está tratando hoje do futuro dessas crianças e desses jovens e que se fala hoje para cidadãos e cidadãs, crianças, jovens, pais, familiares, responsáveis e cuidadores profissionais, busca-se em Larossa (2013) sua ideia de como relacionar a criança e seu futuro:

[...] o nascimento é capturado por essa ideia de futuro em que as crianças são colocadas na disposição de continuar um tempo. [...] Elas têm que ser o futuro da economia, do Brasil, da democracia, da igualdade. Transformamos as crianças na gênese de um futuro que não é o delas, mas de outra coisa que passa por elas.

Essa figura moderna da infância, quando ela é a matéria prima para construir um mundo distinto, vira o ponto zero de um processo de desenvolvimento ou de aprendizagem. Ainda segundo o autor, a infância não é nem a matéria prima para a realização de nossos ideais, nem esse ponto zero de um processo de desenvolvimento psicológico. A infância tem a ver com a possibilidade de começar.

Por isso falamos tanto dos 'novos'. As crianças são 'os mais novos' e trazem consigo a

⁴ Até o dia 27 de agosto de 2015, a PEC 171/1993 ainda não havia sido votada pelo Senado Federal, para a sua confirmação ou não.

possibilidade do recomeço, mais do que um compromisso com a continuidade. (LAROSSA, 2013).

Nesta perspectiva de uma abertura ao novo, ao acontecimento sensível ao imprevisível relacional que traz a possibilidade de um novo modo de pensar e fazer, incluindo as políticas públicas voltadas para a criança, o trabalho realizado pela EBBS entre 2009 e 2010 foi apresentado no mês de dezembro de 2010 com o livro 'O futuro hoje'⁵. Procura-se ali retratar o caminho percorrido durante o processo de implantação da EBBS, no seu piloto, um momento conhecido como fase 1 do projeto. O processo de implantação da EBBS nas localidades do piloto foi ainda avaliado por meio de pesquisa avaliativa de quarta-geração⁶. Uma avaliação que permitiu a construção de um modelo lógico constituído por um conjunto de princípios, diretrizes e dispositivos para fomento às iniciativas locais coordenadas nacionalmente. Posteriormente, uma outra publicação (PENELLO; LUGARINHO, 2013) traz as conclusões desta pesquisa, novos registros das experiências dos apoiadores nos municípios, apresentando também os avanços nas construções conceituais e operacionais da EBBS, como a passagem do conceito de ambiente emocional facilitador (WINNICOTT, 1979, p. 63) ao princípio do ambiente facilitador à vida orientador de políticas públicas saudáveis. A experiência bem-sucedida do projeto piloto levado a cabo no Rio de Janeiro, Florianópolis, Rio Branco, Campo Grande, Santa Filomena e Araripina, com a ampliação de abordagem intersectorial das inúmeras questões identificadas como desafios à atenção integral à criança, trouxe as recomendações apresentadas a seguir, possibilitando a contribuição da EBBS no processo de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Conforme Mendes (2012). São elas:

- Articulação de políticas e adequação de

ações ao contexto local para o cuidado integral da primeira infância;

- Mudança nas práticas de gestão e cuidado/produção de novas práticas a partir da inclusão do tema ambiente facilitador ao desenvolvimento infantil;
- Aumento do protagonismo das famílias na produção de cuidado, considerando sua determinação social;
- Desenvolvimento do trabalho intersectorial entre diferentes atores e serviços governamentais e não governamentais;
- Aumento do compartilhamento das decisões entre os profissionais da atenção e da gestão;
- Aumento do compartilhamento de práticas de cuidado e ativação de coletivos voltados para produção de ações de planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os 6 anos, posteriormente ampliado até os 9 anos.

Com estas proposições, a EBBS firmou sua parceria com a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde contando com a ativa participação dos estados, capitais e DF. Para a realização dessa nova fase do projeto, foi considerada especialmente a importância do apoio institucional para favorecimento desse movimento de aproximação de iniciativas em um território continental, como o brasileiro. Foram então contratados, como consultores da saúde da criança, aqueles que desempenhariam na localidade essa função, definindo-se um consultor/apoiador por estado. Percebeu-se, a seguir, a necessidade de um trabalho de alinhamento conceitual e operacional, de gestão, para o suporte que os consultores estaduais ofertariam às ações dos coordenadores de saúde da criança nos territórios. As diferenças locais, as questões técnicas e políticas a serem manejadas demandavam uma solução ousada para contemplar os objetivos delineados e os resultados desejados. Surgiu então a proposta de um arranjo tático

⁵ O fascículo 'O futuro hoje' compõe a coleção sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) definidos pela ONU, que discutia o ODM 4, relacionado à redução da mortalidade infantil no Brasil e relata a fase 1 do projeto.

⁶ Pesquisa avaliativa cujo cerne é o processo de negociação entre os envolvidos para realização da tarefa coordenada por equipe do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz.

que definiu três grandes eixos, voltados para a construção da PNAISC, tendo como foco o trabalho de articulação desses atores no País: os Eixos de Formação, de Gestão e de Pesquisa. Para cada um deles, foi constituída uma equipe. No caso da Formação, a EBBS se encarregou com as coordenações técnica e executiva e com a equipe de consultoria pedagógica/tutoria.

O processo formativo de formulação construtivista utiliza ferramentas, como trabalho com textos, palestras, rodas de conversa e técnicas grupais com relatos de experiências e discussões sobre situações de difícil manejo geradoras de impasses — associando aos encontros presenciais, a utilização da Plataforma *Moodle* de ensino a distância, criando um laboratório de práticas inovadoras. Organiza-se a partir de três eixos conceituais: o método cartográfico, as tecnologias grupais e relacionais e a ética do cuidado na área da saúde.

Iniciando pelo cuidado, pode-se afirmá-lo como princípio que permeia todo o processo de formação; recorrendo à analogia possível à construção cuidadosa de um plano estratégico para enfrentamento de uma dada questão pela qual lutar, no caso da EBBS, como já explicitada, a atenção integral à saúde da criança, foram estimulados novos modos de gestão do cuidado comportando a inclusão dos afetos, visando à promoção de um ambiente facilitador à vida no cotidiano das redes de atenção à criança e seus cuidadores. Vale observar na grandiosidade dessa tarefa o ‘exército’ de atores envolvidos com essa agenda, não surpreendendo que a pesquisa avaliativa indicou que dos princípios, diretrizes e dispositivos que constituem a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, aqueles que mais caracterizaram a fase de implantação nos municípios foram respectivamente a intersetorialidade, o fortalecimento de vínculos e a articulação das ações entre estes atores.

Com a imagem dos ‘campos de luta’ e do ‘exército de atores’, quer-se explicitar as

infindáveis demandas surgidas das experiências nos territórios ou localidades, desde o plano das macro ao das micropolíticas voltadas para a necessidade premente de uma compreensão de cuidado não restrito às boas práticas e técnicas compartilhadas, mas a uma ética do cuidar (MAIA, 2009), um princípio pelo qual todos pudessem melhor reconhecer e confiar. Esse reconhecimento ante o outro, cerne da possibilidade da sobrevivência humana, é trazido para o ambiente compartilhado de trabalho e, como visto, faz história, desde Sun Tzu, que há quase 3 mil anos foi um estimulador da capacidade de escuta daquele que se encontra a princípio em campo adversário. Então, essa abertura, a construção desta habilidade, deste cuidado em perceber que há um outro diante de si, com suas pontuações e necessidades, pode modificar destinos e construir caminhos partilhados.

Não se tem dúvida que o fato da equipe EBBS ser composta por profissionais originárias do campo da saúde mental fez diferença na construção desta estratégia que se inicia com a concepção de que se chama saúde à vida que é fruída com liberdade, criatividade e felicidade — e não apenas à inexistência de doenças e agravos. Donald W. Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, traz uma reflexão que tem balizado o seu questionamento sobre o que versa a vida e sua repercussão na atenção que presta à saúde e ao viver de seus pacientes. Diz o autor:

podemos curar nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo [...] para nós (profissionais de saúde) é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida. (1975, p. 137).

Sabe-se que é desafiador trabalhar sobre o que versa a vida para cada qual. Há uma particular relação entre a capacidade de ser/estar saudável e aquilo que se traz geneticamente

configurado (mas não completamente determinado) dadas as interações com o mundo — ambiente e com os impactos dos determinantes sociais da Saúde (TEMPORÃO; PENELLO, 2010). Essa proposição considera o indivíduo em relação às etapas da vida em que ele ainda não pode ser considerado um indivíduo, dada sua completa dependência do cuidador. É desta perspectiva, sob o paradigma do cuidado (PLASTINO, 2009) — e buscando construir políticas permeadas pela ética do cuidado —, que consideramos a interação do desenvolvimento pessoal pleno ao desenvolvimento sustentável da sociedade: não há como pensar na plenitude (como amadurecimento) de uma dada sociedade desconsiderando o percentual de seus indivíduos amadurecidos e capazes de contribuir para o crescimento comum (WINNICOTT, 1999).

Este desafio — desde sempre e quase sem trégua, na função de terapeutas, ou de facilitadores de trabalho em grupos, equipes de saúde, coletivos — faz identificar e desenvolver todo um ‘arsenal’ de ferramentas de cuidar, sabendo que a melhor entrada em campo é aquela que considera desde sempre seus ocupantes anteriores. Essa atitude empática e respeitosa, quer ela ocorra por parte do facilitador em uma relação entre dois sujeitos ou entre sujeitos em uma grupalidade, permite a abertura de suas possibilidades dialógicas, a manutenção de sua implicação ou reserva (FIGUEIREDO, 2009) na experiência da concretude diária.

Diante das lições do General Sun Tzu, de Musashi e Maquiavel, identificou-se a importância colocada na formação das lideranças, para o manejo das questões prementes ao campo de conquistas. As forças presentes, aliadas e oponentes, encarnadas em pessoas e/ou instituições, serão mais facilmente reconhecidas e manejadas à medida que as habilidades para lidar com elas vão sendo identificadas e trabalhadas, nem sempre respondendo às racionalidades costumeiras. Habilitada a trabalhar no

campo do sensível e dos afetos, sem romantismos, a equipe EBBS pode declarar e reconhecer a potência das manifestações inconscientes para a vida e para a morte, optando por manejá-las, sempre que possível, em favor da criatividade, da força inovadora e dos resultados desejados. A longa convivência e até uma certa intimidade com outros grandes estrategistas, tal como os vemos — Freud, Winnicott, Foucault, Deleuze, Guattari, Balint, entre outros — permite a aproximação com o sentido atribuído à capacidade intuitiva de analisar e compreender o que se passa, a percepção das coisas que não podem ser vistas e a atenção às coisas mais insignificantes, mantendo a capacidade de pensar ‘fora da caixa’, como coloca Musashi. Afirmar que o conhecimento coconstruído e experimentado juntos, quando o território envia seus desafios maiores, sim, esclarece e assegura. Em todas estas atitudes, reside o cuidado. O líder, os líderes no território serão aqueles que irão se beneficiar do cuidado, também e principalmente, para exercer com propriedade sua função cuidadora.

Ainda na perspectiva da identificação e composição das forças para o trabalho em campo, compreende-se a cartografia como Passos e Barros (2009): um modo de (re)conhecer dada realidade com caráter exploratório, implicando no acompanhamento do processo de constituição do próprio percurso que se vai traçar. A função apoiador, nesta compreensão, tem o sentido especial de partícipe do cenário em constituição com atitudes que se alternam em presença, implicação e reserva, como foi apresentado por Figueiredo (2009).

As informações levantadas e a sensibilização dos atores do campo, com a participação do apoiador, permitem uma compreensão melhor dos recursos locais, assim como a formulação de um plano territorial desenhado e negociado do ponto de vista de sua melhor execução para atender à atenção integral à saúde da criança. Ao falar

em cartografia, por exemplo, a imagem utilizada é a de que não se trabalha com trilhos, mas com trilhas. A cartografia insere o sujeito no território, no campo de forças na intensidade das relações. Desse modo, os sujeitos estão implicados na feitura da trajetória, do caminho que vai sendo traçado conforme o caminhar. Um método, às avessas, sem determinações e fechamentos, como nos fala Rolnik (2006).

Aqui, permitiu-se considerar a descrição de Maquiavel sobre o território ao qual o príncipe necessita conhecer. Interessante o autor ressaltar que o conhecimento do terreno de uma província pode passar facilmente ao de outras por sua semelhança; que esta é uma perícia a qual o príncipe deve desenvolver por ser elemento principal para obter maiores e melhores chances de negociação com o outro.

Assim, Maquiavel (2001) integrava o príncipe à paisagem e ao território, alertando-o deste conhecimento como virtude e base para desenhar estratégias e táticas para sua manutenção e desenvolvimento. Desse modo, torna-se fundamental entender o exercício cartográfico como uma construção relacional que inclui o observador/apoiador/facilitador/líder, implicado em uma rede singular de ofertas e necessidades, de possibilidades e desafios, de construções mais ou menos concretas de arranjos produtivos possíveis naquele território de uso, considerando sua vinculação às vezes não aparente, com o que é global, podendo seu arranjo influenciar, interagir, ou se articular a outros territórios e redes, conforme falava Milton Santos (1994).

Sobre a aposta nas grupalidades, considera-se uma série de elementos que, juntos, favorecerão as decisões necessariamente compartilhadas, fortalecendo o processo de cogestão em implantação ou em andamento, funcionando como ambiente facilitador aos movimentos instituintes e analisador destes e dos espaços instituídos. A metodologia Balint-Paidéia foi bastante utilizada

neste trabalho, fomentando a construção de espaços potenciais de troca, compartilhamento de experiências, inserção e inclusão das diferenças, novas experimentações e construção em Grupo, mobilização e corresponsabilidade com protagonismo dos sujeitos, mudança de mentalidades, ampliação das rodas de conversa, contrato vinculado à demanda operativa do grupo e disponibilização de caixa de ferramentas conceituais ampliando as ofertas teóricas. Todo esse movimento baseado na perspectiva da cooperação, do trabalho realizado 'juntos', permitiu estabelecer com os profissionais de saúde, gestores das áreas técnicas de saúde da criança de todos os estados e capitais brasileiras novos fluxos de trabalho, reconsiderações sobre suas parcerias, reposicionamento em termos de negociação e produção de vínculos interpessoais capazes de sustentar as inovações nos modos de fazer e produzir cuidado em saúde. Principalmente, favoreceu um olhar diferenciado para si mesmo, na presença dos demais, com uma constatação inicialmente assombrada do quanto existia de potencial e habilidades virtuosas em estado de espera aguardando um ambiente facilitador para sua expressão com criatividade e prazer.

Conclusão: a PNAISC como uma política que defende a provisão para a criança na saúde e na crise considerando o cuidado com seus cuidadores

Na minha percepção, o ponto forte foi o contato com as equipes que nos formam, pois a aprendizagem de muitos dos 'conteúdos' se deu no território vivido. O que quero dizer é que todas as noções teóricas aqui questionadas foram utilizadas conosco: a escuta, a cooperação, as mediações, a

grupalidade e tudo mais que esteve presente em todos os encontros presenciais e virtuais. Assim como as crianças, muito do que aprendi foi a partir do que vivenciei em um ambiente facilitador. (Depoimento de um dos consultores estaduais que participaram desse projeto recebendo a formação da EBBS).

Morin (2003) inspira a compreensão desta declaração de um dos consultores estaduais: quando objetiva-se trabalhar com mudanças de mentalidades que interfiram no dia a dia da vida de cada uma das pessoas em formação, nas suas realizações pessoais, assim como nas práticas compartilhadas, essa mudança ocorre com uma reforma do pensamento que permite não apenas isolar para conhecer, mas também ligar o que está isolado, estimulando uma nova maneira de pensar que se oponha às noções pulverizadas pelo esmagamento disciplinar. O autor fala exatamente da necessidade e da dificuldade que acontecem com as mudanças de mentalidades, com a abertura para novas proposições, para o verdadeiro trabalho intersetorial. Há uma dificuldade, agravada pelo pensamento científico tradicional, de admitir e usufruir dos paradoxos. As defesas são mantidas dentro das conhecidas caixinhas, e com isso se empobrece qualquer iniciativa de diálogo. Segundo ele, hoje se é vítima de dois tipos de pensamento fechado: primeiro, o pensamento fracionário da tecnociência burocratizada, que corta, como fatias de salame, o complexo tecido do real; segundo, o pensamento cada vez mais fechado, voltado para a etnia ou a nação, que recorta, como um *puzzle*, o tecido da Terra-Pátria. Para Morin (2003), é preciso estar intelectualmente rearmado, começar a pensar a complexidade, enfrentar os desafios da agonia/nascimento do ‘entre-dois-milênios’ e tentar pensar os problemas da humanidade na era planetária: o ser humano, a natureza, o cosmo, a realidade, desenvolvendo uma democracia cognitiva que só é possível com uma reorganização do saber. Esta só ocorre com a reforma do pensamento como

uma necessidade histórica fundamental.

Este foi o contexto no qual a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança foi formulada, surgindo como produto maior deste esforço interfederativo capitaneado pelo Ministério da Saúde com participação ativa da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Por várias vezes repetiu-se neste texto o longo nome da EBBS e da PNAISC. Depositou-se neles a cada vez a expectativa do reconhecimento e acompanhamento de como acontecerá na prática a sua implantação para uso efetivo de seus preceitos, ou como serão traduzidas em ações as considerações trazidas para a atenção integral à saúde da criança. Gestão do Cuidado na Atenção Integral à Saúde da Criança. Como? Trabalhando na provisão e suporte ao cuidador, para que vivendo essa experiência de cuidado, amplie suas habilidades e capacidades e mude sua mentalidade com reencantamento de seu trabalho para transmissão do cuidado em seu campo de atuação. Focando o trabalhador de saúde, fala-se também de uma contribuição diferenciada ao Sistema Único de Saúde. Isso pode ser sintetizado em mais uma fala dos consultores estaduais de saúde da criança:

Quando você se qualifica para a escuta, para a condução e mediação de processos grupais, quase que automaticamente se capacita para mediações mais complexas em relações pessoais e em grupos.

A PNAISC considera as diferenças regionais brasileiras com a expressão cultural de suas necessidades e demandas de saúde para a oferta e articulação local dos serviços e suas possibilidades de interação com outras áreas, favorecendo arranjos inovadores. Segundo Penello (2015), a PNAISC oferta princípios, diretrizes e dispositivos que vinculam atribuições e ações diferenciadas nos sete eixos que a compõem e que abrigam todos os níveis de atenção. Trata-se de uma política pública que

reconhece e defende o trabalho intersetorial com todos os seus desafios. Contudo, há algo que a diferencia e que ressalta seu potencial inovador: a mudança de mentalidade que transparece em seu texto quando avança com a questão da integralidade e a compreensão da provisão para a saúde da criança, incluindo a saúde mental. Ainda segundo Penello (2015, p. 74-75), “ela se propõe a trabalhar com o desenvolvimento pleno da criança que inclui o desenvolvimento emocional no estabelecimento das bases para uma vida saudável”. Diz Winnicott (1982) que ‘prover’ para uma criança é questão de prover o ambiente que facilite sua saúde mental individual e o desenvolvimento emocional.

A experiência empreendida pela EBBS — especialmente no que diz respeito ao aspecto formativo dos profissionais de saúde envolvidos nesse grande projeto que foi a construção da PNAISC, com contribuições significativas que iam surgindo à medida que viviam *in loco* situações desafiadoras nos diversos

territórios do País —deu a chance de ser testemunhas privilegiadas das mudanças nas ações dos cuidadores que foram amalgamando os recursos tradicionais da atenção à experiência do cuidar, ao modo de trabalhar não somente com a razão, mas incluindo o aspecto sensível. Ou seja, a experiência de poder trabalhar a partir dos afetos possibilitou o resgate de aspectos que costumam fazer parte do aprendizado infantil muitas vezes esquecidos na vida adulta: o exercício da empatia, a capacidade de brincar, a delicadeza no trato, a confiabilidade nos acordos cumpridos, o respeito à autonomia, o compartilhamento de informações e o uso dessas ‘ferramentas’ na tomada de decisões. Toda essa experiência permite, em sintonia com Testa (2000), depositar esperança em novos modos de prover saúde: um olhar implicado e cuidadoso, para que — quase como as mães — os cuidadores possam identificar o que a criança precisa, para além da compreensão intelectual. ■

Referências

BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1978.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2395 de 07 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 07 out. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>. Acesso em: 11 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC. Publicada no *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, em 06 ago. 2015. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/97336276/dou-secao-1-06-08-2015-pg-38?ref=topic_feed>. Acesso em: 1 out. 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.).

Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009, p. 92-108.

FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: Maia, Marisa Schargel (Org.). *Por uma Ética do Cuidado*, Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 121-140.

GANDRA, R. M. *Lições de Sun Tzu e Miyamoto Musashi na gestão de projetos*. Disponível em: <<http://ogereente.com.br/rede/projetos/estrategia-gestao-projetos>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

GANDRA, R. M.; LOPES, R. O. S. A. De Sun Tzu à arte do general: lições das academias de guerra para gestão de projetos empresariais. *Mundo Project Management*, Curitiba, ano 7, n. 40, ago./set., p. 24-30, 2011.

HIRATA, R. *As doze lições do general Sun Tzu*. 2013. Disponível em: <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/economia/negocios/noticia/2013/10/confira-as-12-liceos-do-general-sun-tzu-4305493.html>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

KARNAL, L. Estratégia e liderança: uma leitura através da história. In: CONGRESSO DE GESTÃO DE PESSOAS NO SETOR PÚBLICO PAULISTA, 3., 2014, São Paulo. Disponível em: <<http://youtube/NSQA7vHIZtQ>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

LAROSSA, J. B. *O papel da educação*. 2013. Disponível em: <<http://portal.aprendiz.uol.com.br/arquivo/2013/04/09/o-papel-da-educacao-e-subverter-as-regras/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

LOBATO, D. M. *et al. Gestão estratégica*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

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

MAIA, M. S. *et al.* Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 53, p. 59-75, 2016.

MAQUIAVEL, N. *O príncipe*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/MAQUIAVEL,%20Nicolau.%20O%20Pr%C3%81ncipe%20%28Martins%20Fontes%29.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.

MENDES, C. H. F. (Coord.). *Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 13.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MUSASHI, M. *O livro dos cinco anéis*. Disponível em: <http://www.artesantigas.com.br/download/livro_dos_5_aneis.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.

_____. *O livro dos cinco anéis: o verdadeiro sentido da estratégia*. São Paulo: Clio Editora, 2010.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.17-31.

PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Criança*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 29-48.

_____. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros e da sustentabilidade sócio-ambiental. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-76, jul. 2015.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.).

A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Criança. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado.* Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 53-88.

_____. Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 53, p. 25-40, 2016.

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

SANTOS, M. *Território, globalização e fragmentação.* São Paulo: Hucitec, 1994.

SENNET, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política de cooperação.* Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.

TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.* Salvador: EDUFBA, 2010.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação Social da Saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposições estratégicas para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em*

Debate, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p.187-210, abr./jun. 2010.

TESTA, M. De ilusiones perdidas y esperanzas futuras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 5-30, maio/ago., 2000.

TZU, S. *A arte da guerra.* Porto Alegre: L&PM, 2006. Disponível em: <http://unes.br/Biblioteca/Arquivos/A_Arte_da_Guerra_L&PM.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

VON NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. *The theory of games and economic behavior.* Princeton: Princeton University Press, 1944.

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

_____. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1979, p. 62-69.

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

_____. Algumas reflexões sobre o significado da palavra democracia. In: _____. *Tudo começa em casa.* São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 249-272.

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

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

³ Psicóloga e psicanalista. Mestre em psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). selmarosario@hotmail.com

⁴ Psicóloga e psicanalista. Mestranda em perinatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora para desenvolvimento infantil e formação de grupos e tutora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma

Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Cartography, groupality and care: conceptual operators of the process of formation of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Marisa Schargel Maia¹, Luciana Bettini Pitombo², Selma Eschenazi do Rosario³, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira⁴, Elizabeth Cruz Müller⁵

RESUMO A partir da experiência da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, pretende-se descrever e sistematizar sua proposta de formação no campo da saúde, encarnada aqui no processo de formação dos consultores estaduais de saúde da criança. Para tal, desenvolveu-se uma metodologia baseada em três operadores conceituais, dinamicamente interligados: a cartografia como processo de entrada, conhecimento e reconhecimento do território, a grupalidade como dispositivo de ação e o cuidado em sua dimensão ética. Sublinha-se o modo de fazer específico que prioriza a inclusão da dimensão sensível no processo de formação.

PALAVRAS-CHAVE Capacitação em serviço; Metodologia; Cartografia; Processos grupais; Cuidado da criança.

ABSTRACT *This article aims at describing and synthesizing, within the experience of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, the proposal of training in the health field, incarnated here in the process of training state consultants for child health. For this purpose, a methodology was developed based in three conceptual operators dynamically interlinked: cartography as a process of entry, knowledge and recognition of the territory; groupality as an action device; and care in its ethical dimension. We highlight the specific way of doing that prioritizes the inclusion of the sensible dimension in the training process.*

KEYWORDS *Inservice training; Methodology; Cartography; Group processes; Child care.*

Introdução

No ano de 2011, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) foi convidada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) a contribuir e participar da desafiadora experiência voltada para a construção de um pacto interfederativo que sustentasse a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Assim, entre outras funções, assumiu a responsabilidade do eixo de formação/capacitação dos consultores estaduais dos 26 estados e Distrito Federal.

A EBBS se apoia em uma compreensão de saúde ampliada, valorizando as etapas iniciais do desenvolvimento humano, e abraça a ideia de que saúde é fruto da integração do ser humano ao meio em que vive, dando ênfase ao ambiente encontrado nos primórdios da vida.

Hoje, em escala planetária, reflete-se sobre a importância do ambiente na produção de saúde de uma população. Nesse contexto, ao elaborar suas premissas, a EBBS propõe uma reflexão sobre as iniquidades em saúde e o valor de uma provisão ambiental na primeira infância que seja facilitadora do crescimento, desenvolvimento e amadurecimento humano. Entende-se que não somente a vida biológica, mas também a vida emocional saudável de uma pessoa adulta tem seus alicerces construídos nesse período do ciclo vital.

A EBBS chama também a atenção para a necessidade de incluir a primeira infância na reflexão sobre os determinantes sociais de saúde (DSS). Nos primórdios da vida, o foco do investimento das ações de promoção de saúde deve se centrar na díade mãe-bebê, já que, nesse momento, o bebê não pode ser pensado isoladamente, sendo o pai um dos pilares sobre o qual se baseia o ambiente provedor. O bem-estar físico, mental e social em torno dessa díade torna-se fundamental para que se instaure um ambiente favorável ao bom desenvolvimento do bebê — horizonte

indispensável para a construção de políticas públicas nesse campo. A relevância dessa reflexão fez com que a EBBS desenvolvesse, dentro do processo de construção de seu marco teórico (MENDES, 2012), o princípio de ‘ambiente facilitador à vida’:

[...] processo que contempla o suporte ambiental necessário para que a criança e sua família recebam adequadamente cuidados físicos e psíquicos que favoreçam o desenvolvimento, a conquista da autonomia e o preparo para a vida. Envolve o estabelecimento de vínculos entre crianças, familiares e profissionais que atuam na atenção integral à criança e à comunidade. (PENELLO, 2013, P. 291).

Trata-se do investimento na construção contínua de ambientes perpassados pelo cuidado em sua dimensão ética, gerando condições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia individual e coletiva. Quando o enfoque é a saúde coletiva, chega-se à conclusão que

políticas públicas saudáveis devem ser atravessadas pelo cuidado. Há então a compreensão de que a sua presença na construção dos vínculos entre todos os envolvidos nessa grande tarefa de produção de saúde e cidadania é o que dá suporte ao chamado ‘ambiente facilitador à vida’. (PENELLO, 2013, P. 31).

Atravessada por esse espírito, a equipe de consultoria para desenvolvimento infantil, formação de grupos e tutoria da EBBS se viu ante o desafio de oferecer formação aos consultores estaduais da saúde da criança da CGSCAM/MS. Aqui, a temática do ‘cuidado com o cuidador’ ocupa um lugar de destaque quando o objetivo é a formação de agentes da saúde, englobando a atenção e a gestão.

Em seguida, delineiam-se alguns marcos conceituais e filosóficos fundamentais que balizam a metodologia utilizada neste processo de formação — metodologia EBBS — e que conferem sustentação ao seu ‘modo de fazer’.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
ebbs.jane@gmail.com

⁵Psicóloga. Mestre em psicologia clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora pedagógica do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).
bmuller@centroin.com.br

O fazer-se humano em uma comunidade de humanos

O homem ao qual se dirige este investimento é marcado por seu tempo. Como um ser de práxis, ao responder aos desafios que o mundo lhe apresenta cria seu mundo: o universo histórico-social. Através da ação, inventa formas de ser e estar no mundo que se configuram como processos de subjetivação. Neste modo próprio de fazer-se humano em uma comunidade de humanos, o homem é sempre relacional. Ou seja, essa dimensão de sua subjetividade enraíza-se nos primórdios da vida, em que, para se desenvolver, precisou de outro humano que dele cuidasse. Esse cuidado inaugura uma dimensão de encontro que lhe é fundante.

Desde que nasce, o homem é criador e ao mesmo tempo herdeiro de uma rede social que lhe antecede. Inicia-se assim, desde a infância, uma trajetória contínua ao longo da vida na qual o homem é criador e, ao mesmo tempo, criado em um contexto sociocultural que é significativo a respeito do modo como interage no/com o mundo. Como diz Norbert Elias (1994) a respeito dos processos de transmissão da cultura:

A fala do outro desenvolve na criança em crescimento algo que lhe é inteiramente próprio, uma linguagem que é inteiramente sua e que, ao mesmo tempo, é um produto de suas relações com os outros, uma expressão da rede humana em que ela vive. (ELIAS, 1994, P. 35).

Destacam-se duas características do homem: desejo constante de mudança e ao mesmo tempo desejo de estabilidade. Sua biologia apresenta um processo constante, diário, de mudanças e alternâncias rítmicas. Traz dentro de si as duas possibilidades, podendo valorizar e incentivar os processos de transformação ou, com a mesma intensidade, retê-los, conservando um estado de coisas.

Nesse processo, cada época é marcada por

concepções filosóficas, científicas e antropológicas que delineiam um paradigma que, de maneira subliminar, organiza as sociedades humanas por longos períodos históricos. Como se trata de uma construção histórica, o paradigma de determinada cultura pode apresentar processos de crescimento, apogeu e declínio. Nesse sentido, entende-se que se vive um momento de transição paradigmática em que não há mais uma identificação integral com o paradigma moderno, cuja produção, grosso modo, deu-se pela prevalência da razão operante a partir da noção de domínio: domínio da natureza pelo homem, do homem pelo homem, das culturas minoritárias pelas majoritárias etc. (PLASTINO, 2010). Esse paradigma regulou os modos de viver e ser no âmbito da cultura e da natureza durante séculos, mas já não atende aos anseios e às necessidades do mundo.

A atualidade é marcada por essa crise em que há um recrudescimento do paradigma moderno devido ao seu enfraquecimento, uma espécie de resistência ante a emergência de um outro paradigma que ainda não se solidificou, mas que surge forte, marcado pela urgência da revisão de valores e relações humanas. Essa mudança traz para os sujeitos um sentimento cotidiano de instabilidade e desconforto.

O ponto da crise paradigmática que está em curso, para o qual chama-se a atenção, não é a destituição da razão como um dos operadores do modo de se fazer humano, mas a exclusão de outros territórios da subjetividade, como, por exemplo, a intuição, os processos inconscientes, a sensibilidade, os afetos. Somente o humano, em seus devios e historicidade, poderia ser capaz de pensar e fazer mover um mundo em que a cisão ficcional entre razão e emoção fosse um dos polos norteadores da cultura. É impossível eliminar da experiência humana estes outros territórios — psíquicos, afetivos, subjetivos — nos quais a razão se nutre. Nesse contexto, também se questiona frontalmente a centralidade do ideal de domínio

como operador da cultura.

Ao se abordar a transformação paradigmática, alinha-se àqueles que propõem uma mudança profunda e necessária do ideal de homem que regeu o paradigma moderno: o homem dominador. Somente o ser humano cuidador — próprio ao ‘paradigma da transformação’ ou ‘paradigma do cuidado’ proposto por Boff (2012) — pode fazer frente aos desafios atuais. Aqui, cuidado ganha um estatuto de princípio, meio e fim para o homem.

De acordo com Boff (2012), o cuidado adquire sua compreensão mais profunda como ‘cuidado essencial’, aquele que antecipa e projeta como uma flecha para o futuro um lugar social para cada um em sua história de vida, como o fio de uma trama que se tece para além do tempo de uma existência.

Aqui, cuidado é associado à ética em seu sentido etimológico, como éthos (morada, conjunto de hábitos) e êthos (disposição de alma, disponibilidade de espírito), sendo somente possível compreendê-lo como uma experiência relacional que acontece entre eu e outro, entre eu e muitos.

Viver é aceitar essa dança entre conservar e transformar. É manter-se aberto para a possibilidade sempre presente de poder fazer diferente, de mudar, ou mesmo de sustentar a conservação disso ou daquilo. Esse jeito de ser e estar no mundo — nos diversos ambientes: trabalho, social, afetivo-familiar — é que define o homem como histórico-social, sempre em interação. É a partir desse homem, encarnado em suas práticas cotidianas, um ser de afetos, matéria e linguagem, que se pensa o campo da humanização em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Embora a aposta esteja centrada no campo da saúde, entende-se que a saúde vista a partir do paradigma do cuidado não se restringe a procedimentos especializados e técnicos, mas sim ao seu alcance em termos de investimento na sustentabilidade do humano, desde a infância, em suas redes sociais e afetivas.

Os primórdios da vida e o desenvolvimento de habilidades específicas na formação dos profissionais de saúde

O momento histórico em que se vive é herdeiro de um individualismo exacerbado, próprio ao paradigma do domínio, em que os aspectos competitivos e excludentes da subjetividade são estimulados maciçamente desde a infância. Deste processo, delinea-se uma cultura na qual as habilidades pessoais para estabelecer relações de reciprocidade que preservem o respeito e o acolhimento das diferenças, do diferente, se encontram despontualizadas, dificultando a emergência de relações cooperativas. Richard Sennett (2012) alerta para o fato de que vem se instalando na sociedade uma forma de lidar com o outro marcada por um afastamento, um distanciamento, como se este estivesse à margem do caminho.

No mundo do trabalho, ocorre um círculo vicioso em que o individualismo nutre as relações competitivas e a competitividade alimenta o individualismo, dificultando a sustentação de redes de cooperação. Longe de querer esgotar essa temática, o objetivo é apontar, junto com Christoph Dejour (2005), que o incremento da habilidade de competir em detrimento de sua habilidade correlata, a cooperação, gera um desequilíbrio no sistema interativo das pessoas envolvidas em determinada tarefa. A ativação desenfreada da competição se desdobra em um individualismo defensivo, com o fechamento de cada um em sua esfera privada. Este mecanismo é, segundo o autor, a causa de muitos sofrimentos e adoecimentos na esfera do trabalho.

Trazendo essa reflexão para o processo de formação, percebe-se a necessidade de estimular e resgatar recursos pessoais que possam reinaugurar territórios subjetivos¹ que tragam o prazer e a potência da

¹ “A ideia de indivíduo [...] enquanto território subjetivo [...] traduz certa captura da subjetividade dentro de um determinado sistema de códigos [...]. A subjetivação refere-se, portanto, às diferentes formas de produção de subjetividade em uma determinada formação social” (SILVA, 2004, P. 2).

habilidade de cooperar, facilitando, assim, os processos de trabalho. Cooperação e competição, afirma Sennett (2012), compõem um par de habilidades que se inaugura na infância. Por exemplo, em momentos originários, houve um sistema cooperativo entre a mãe e seu bebê para que ambos obtivessem sucesso no processo de amamentação. Em nossa cultura, a habilidade de competir tem um lugar de destaque, embora no percurso do amadurecimento pessoal surja em momento posterior à de cooperar. Porém, toda criança sabe que, mesmo em brincadeiras como as de ‘perde e ganha’, é preciso uma boa dose de cooperação, além da competição, para sustentar o prazer no jogo.

A matriz dessas modalidades relacionais se encontra na primeira infância. Com a teorização de Daniel Stern (1992) e Donald Winnicott (1993), passou-se a compreender que o desenvolvimento da pessoa não se dá por exclusão de suas etapas primeiras de desenvolvimento, mas, como uma ‘cebola’, tem-se diversas camadas que estão presentes todo o tempo no estar no mundo, dando sustentação. Conta-se com diversos ‘sensores de eu’ que interagem todo o tempo com o ambiente; sistemas psíquicos interativos que cooperam de maneiras diferentes conforme as necessidades subjetivas da ocasião (STERN, 1992).

Um conceito que é referência para todo o trabalho realizado pela EBBS é o de “ambiente facilitador”, desenvolvido pelo psicanalista Donald W. Winnicott (1979, p. 43). Trata-se, aqui, de um conceito complexo, pois não é ao ambiente físico, tal como costuma ser compreendido, que ele está se referindo. Para ele, o ambiente faz parte “das forças constitutivas do sujeito” (AB’SÁBER, 2006, p. 15), e nesse sentido ele é simultaneamente interno e externo, fruto de um encontro. Ou seja, assim que um bebê chega ao mundo, esse ambiente coincide com os cuidados maternos, sendo composto pelo encontro entre o que o bebê expressa e o acolhimento que a mãe lhe oferece. Assim,

ela é o primeiro ambiente a prover e acolher o bebê, que ‘conta’ com a adaptação ativa materna para que se inicie, entre os dois, uma relação de reciprocidade.

Para o bebê, o mundo que se apresenta é mágico, sendo a mãe a pessoa mediadora entre o mundo que ele fantasia e a realidade ambiental. Em termos práticos, quando o ambiente oferece essa hospitalidade, representada pelos braços maternos, pela amamentação, pelos cuidados dispensados e pelo amor, está se falando de um ‘ambiente facilitador’: um processo interativo pautado pelo acolhimento materno, acolhimento este capaz de fornecer a sustentação necessária para o pleno desenvolvimento físico e afetivo do novo ser que chega ao mundo.

O mundo é oferecido ao bebê em pequenas doses. Essa apresentação de mundo precisa ser feita com o devido cuidado para que o infante o descubra e, segundo sua visão mágica e criativa, gradativamente o simbolize. Isso significa que a criança desde os primórdios é levada a avançar na descoberta do ambiente, mas com a devida dose de ilusão que faz com que ela crie aquilo que está posto para ser descoberto (WINNICOTT, 1982).

É preciso dizer que esse ambiente não pode ser compreendido como perfeito ou fruto de idealização. Sendo assim, o ambiente facilitador requer uma qualidade humana de cuidados que não se refere a uma perfeição mecânica, pois aos bebês e às crianças não interessa a perfeição mecânica. Eles necessitam de seres humanos à sua volta, que tenham êxitos e fracassos, pois na infância “ocorrem coisas boas e más” (WINNICOTT, 1979, p. 38). O suporte ofertado pelo cuidado materno propicia que o infante experimente essas modulações ambientais, de modo a internalizar o que experimenta como algo que é dele, um processo que o capacita a simbolizar o que vive, já que se sente amparado pelo seu cuidador.

É desse modo que o ‘ambiente facilitador’ favorece a descoberta da realidade pela

criança que pode explorar o seu pequeno mundo, o seu entorno, para começar a construir a sua identidade de modo espontâneo. Esse é o momento em que já pode se reconhecer como um ser singular, a sentir que é uma pessoa separada de sua mãe, embora ainda não prescindir de seus cuidados.

Doravante, aquilo que experimentou como o seu ambiente primordial o acompanhará por toda a sua vida e é isso que lhe dará a possibilidade de recriá-lo em todas as etapas de seu percurso, mas agora também de modo compartilhado, pois o mundo real existe, e sua visão inicial mágica passará a ser ‘negociada’ com a realidade que o cerca. Conforme disse o poeta Raul Seixas em sua música: “sonho que se sonha só, é um sonho que se sonha só. Mas sonho que se sonha junto é realidade”. Em síntese, para que haja uma perspectiva de uma infância saudável, é necessário promover um clima favorável ao relacionamento que se desenvolve progressivamente entre a mãe e seu bebê.

Sublinhe-se que a matriz intersubjetiva desse modo de experimentar o mundo se enraíza nesse período precoce da vida em que se experimental, a ternura das primeiras redes de cuidado, de cooperação e de ludicidade. É a partir desse campo intersubjetivo, ou interpessoal que os primeiros vínculos vão se definindo. A comunicação inicial da mãe com seu bebê, com características próprias, requer dela uma disponibilidade para amparar, compreender (empaticamente) e estimular o bebê para a vida. É um processo em que o tempo, não só cronológico, mas também subjetivo, é fundamental para cultivar a relação que, gradativamente, vai se construindo na direção do fortalecimento dos vínculos que sedimentam a capacidade de confiar, estruturando a socialização.

A capacidade de estar com o outro e disso obter satisfação vai se estabelecendo a partir dessas relações iniciais. A receptividade e a responsividade materna são componentes importantes nesse ambiente. Receber bem quem chega e se anuncia como novidade é

crer que todos têm um quê de interessante e de interessado. Algo a acrescentar e trocar. É apreciar o broto, a estreia, a infância. Nascer e ser recebido por uma família acolhedora e receptiva traz segurança, sentimento que vai se solidificando ao longo da vida, possibilitando um viver e um conviver abastecidos de amorosidade e cuidado, se desdobrando na forma de estar no mundo a partir de um ambiente favorável ao desenvolvimento (FERENCZI, 1992).

Dessa reflexão, compreende-se a importância do cenário dos momentos iniciais de vida e seus efeitos na vida adulta. Para o processo de formação, aqui em pauta, o que interessa é a dimensão afetiva incluída na natureza das relações, aquilo que as torna singulares, potentes e duradouras. A partir deste pano de fundo, a estratégia se centrou no resgate e estímulo de habilidades, muitas vezes negligenciadas no âmbito do trabalho, mas de fundamental importância para o exercício do cuidado. Refere-se às habilidades dialógicas (SENNETT, 2012), tais como ouvir com atenção, agir com tato, gerir discordâncias e encontrar pontos de convergência na interação com outro(s), todas elas caras ao exercício da função do consultor.

Ao longo do processo de formação dos consultores, o desafio foi desenvolver a propensão à empatia, à cooperação, ao gesto espontâneo, à linguagem lúdica e à capacidade de confiar em si e no outro, como instrumentos fundamentais para o trabalho.

Ensinar, educar, formar e transmitir

Propor formação no campo da saúde e um método para esse processo é uma tarefa audaciosa que pode apresentar armadilhas às vezes insuperáveis. Em primeiro lugar, é preciso que se crie um solo comum e fértil para o entendimento de palavras que parecem unívocas, mas que podem compor uma pluralidade quase inesgotável de

significados.

Há uma primeira diferenciação a ser feita entre ensinar, educar e formar. De acordo com o dicionário de filosofia Ferrater-Mora (2001), a educação pode ser compreendida como incorporação ordenada de bens culturais, visando, a partir de diversos métodos, o ensino do já adquirido por determinada cultura. Essa definição circunscreve apenas um patamar do educar. Certamente, o conteúdo daquilo que se ensina no Oriente se diferencia bastante do que se ensina no Ocidente, mas como nos alerta Paulo Freire (2006), ao mesmo tempo que a educação ensina e reproduz os bens culturais de determinada sociedade, também pode se constituir como motor e alavanca para processos de transformação da própria cultura.

Durante séculos, acreditou-se em um processo de ensino predominantemente objetivo, em que as funções de mestre e de aluno eram rigidamente demarcadas: o professor ensinava determinado conteúdo programático e o aluno o aprendia sem questioná-lo — formato educacional próprio ao paradigma moderno. Ao excluir a dimensão sensível e afetiva dos processos educacionais, arrisca-se produzir um engessamento, um aprisionamento da capacidade criativa das pessoas implicadas. Herdeiro da era cartesiana, esse modelo educacional aposta na cisão entre razão e afetos.

A educação construtivista — conceituada por Paulo Freire, Piaget e outros — diferentemente do ensino clássico, aposta no desenvolvimento e aprimoramento de qualidades criativas e reflexivas que se expandem e se potencializam a partir do encontro genuíno entre aquele que ensina e aquele que aprende, promovendo mudanças subjetivas em ambos. Aqui, educar visa transformar, além de conservar².

É importante sublinhar que esse marco pedagógico compreende a aquisição de conhecimento como uma produção interativa entre os participantes de determinada

experiência, em que a inclusão do sensível e dos afetos é nuclear. A partir desse referencial, compreende-se que a metodologia EBBS de formação conta com processos de transmissão mais abrangentes do que se é esperado na aprendizagem clássica.

Ensino, do latim *insignāre*, traduz-se como “por uma marca, assinalar, distinguir” (MACHADO, 1977, p. 408). Já a transmissão adquire sentido bem diferente: do latim *transmissione*, significa “trajeto, travessia, passagem” (MACHADO, 1977, p. 326). Tem-se, então, duas posições bem distintas para o sujeito a quem se dirige o ensino ou a transmissão.

No caso do ensino, pode-se entender que será produzida nele ou para ele uma marca, um sinal, que distinguirá uma coisa, qualquer que seja, de outra. Ele a receberá passivamente. Será marcado por este sinal.

No caso da transmissão, algo de diferente se dá. ‘Trajeto’, ‘travessia’, ‘passagem’ são termos que indicam que há um sujeito na ação, que deverá fazer a travessia, que passará de um lugar para outro. Ou seja, esse sujeito se modificará enquanto sujeito, após o ato da transmissão; não será mais o mesmo. Também cabe a reflexão sobre o sentido de ‘fazer passar’ algo de um para outro. De qualquer forma, o sujeito está aí completamente comprometido no processo da transmissão, seja como emissor, seja como receptor, porque também há de se considerar que nem sempre o transmissor exerce sua função de forma consciente e intencional.

Uma técnica pode ser ensinada sem que ela altere em nada aquele que recebe o ensino e aquele que o faz (ensina). Informam-se e assimilam-se dados sem maiores modificações além do plano da informação, mas este ensino necessariamente não indica o aprendizado de uma atitude³.

No caso da transmissão, não. Após uma transmissão, se ela de fato se fez, o sujeito a quem se transmitiu não está mais em seu estado anterior. Ele se altera exatamente

² Para um aprofundamento, ver Aranha (2006).

³ Atitude, do francês *attitude* (origem latina em *aptitude* - aptidão), usado primeiramente como termo de artes plásticas, o que evoca a dimensão da estética no ato, além da ética.

pelos efeitos da transmissão. Tampouco o transmissor permanece o mesmo. Algo de inédito e singular se passou aí, entre esses dois. Há de fato uma mudança de atitude.

Nesse processo de transmissão confere-se um lugar de destaque para a habilidade da escuta, visto a seguir.

Como verbos, ‘escutar’ e ‘ouvir’ se emparelham como sinônimos sem maiores questões semânticas. Ao se tomar seus substantivos correlatos, verifica-se a dificuldade de fazer essa aproximação sinonímica. ‘Escuta’ e ‘audição’ portam sentidos bastante distintos em seu uso discursivo, impedindo, na maioria das vezes, a substituição de um pelo outro.

‘Escuta’ como substantivo é um derivado regressivo do latim *auscultare*, que, como verbo, comporta como principal significação ‘ouvir com atenção’. A noção de escuta, enquanto um fenômeno psicológico, alçada a uma condição conceitual por Freud, em 1895, torna-se uma ferramenta de trabalho: escuta-se aqui mais do que se diz. Escutam-se as reverberações do que é dito (e não dito), seus duplos sentidos, suas ênfases e omissões, seus desdobramentos (FREUD, 1967B). Mais do que significados, escutam-se significações, coisa que nenhum robô pode fazer.

As significações se correlacionam aos efeitos de afetação da(s) fala(s) sobre aquele(s) que escuta(m); efeitos qualitativos de operações não conscientes que estão todo o tempo em ação nas experiências, incluído mais do que nunca as experiências relacionais, pois a ideia de fala por si só lembra que se está, enquanto humanos, em relação.

Os afetos só podem ser reconhecidos caso se pare para compreender os seus efeitos. Os afetos não falam; eles transtornam o ser, tiram-no de um estado habitual. E só podem ser ‘escutados’ caso se debruce sobre eles, os acolha como uma realidade vivida.

A escuta busca capturar não só as significações do que está sendo dito, mas também

os estados afetivos a elas correlacionados. Esses estados, quando em circulação, trazem consigo potenciais mobilizadores que podem ser propulsores de mudanças, o que é um efeito desejável, mas também podem trazer estagnações, resistências e paralizações.

Na vida em grupo, encontram-se estados afetivos em circulação e/ou estagnação, posto que ali também há fala e, como dito acima, toda fala comporta, além de seu significado, um conjunto de significações e seus afetos correlatos. Identificar esses pontos de estagnação da circulação dos afetos, de seu estancamento, e manejá-los é uma tarefa crucial no plano das relações de trabalho.

O consultor/apoiador, em seu trabalho no território, está o tempo todo imerso em um universo de falas e de ações grupais. Em geral, são falas oriundas de setores, locais e experiências diferenciadas que, na maioria das vezes, precisam se articular para que os objetivos em relação à atenção à saúde local possam ser atingidos. Nesse sentido, desenvolver a capacidade de escuta é um ponto fundamental na formação do consultor.

Entim, entende-se que para alterar as práticas de gestão e cuidado no campo da saúde, não basta o ensino de conhecimentos técnico-científicos para serem aplicados em uma realidade específica. A metodologia EBBS propõe uma formação que privilegia a transmissão e o desenvolvimento de novos ‘modos de fazer’ no dia a dia da gestão e da prática de saúde. Visa modos diferenciados de viver a experiência de cuidado. Visa transformar os sujeitos envolvidos.

A formação EBBS se dá por um processo contínuo que se realiza na e pela imersão no campo da experiência. A proposta é valorizar o caráter exploratório de cada realidade para tornar possível o reconhecimento daquilo que cada território apresenta como potencial de crescimento. Para tal, foi construído o eixo metodológico formado por três operadores conceituais — cartografia,

grupalidade e cuidado — que serão apresentados a seguir.

Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais

Sobre cartografia

Primeiro escuto, começa sempre por aí. Qualquer escritor é um escutador em primeiro lugar. Depois capturo o que me comoveu e me roubou o chão. Tem de ser algo quase que me dissolve. Uma frase, uma pessoa, um momento, tem de tomar posse de mim, fico perdido. Depois para dar um sentido às coisas tenho de sair de mim, e aí começa a história.

(COUTO, M.)

Através da descrição feita por Mia Couto sobre o modo como experimenta o instante do escrever, pode-se entender a cartografia como um movimento desejante que pode ser, por exemplo, o percurso de uma escrita, a realização de uma pesquisa, a transmissão em um processo de formação e a prática adotada no cotidiano de um trabalho; porém, sempre desejante.

O termo cartografia foi tomado de empréstimo do campo da geografia, sendo utilizado para o estudo de processos sociais em que estão presentes as relações entre pessoas, visando compreender o que faz o ser agir, experimentar ou pensar, não a partir da interioridade de cada um, mas do que se passa entre as pessoas em determinada situação ou contexto (DELEUZE; GUATTARI, 2004). Nesse caso, o que está em evidência é exatamente o que ocorre ‘entre’ — entre pessoas, entre pessoas e coisas e o que se produz entre esses elementos; o que afeta e pelo que se é afetado; o que se produz a partir desses encontros e desencontros sem que se pretenda significar ou interpretar dado acontecimento.

Suely Rolnik (2006) oferece uma definição do que é fazer cartografia quando o que está em questão e em análise são as experiências psicossociais, fazendo uma distinção entre cartografia e mapa, sendo este último reconhecido como “representação de um todo estático” (ROLNIK, 2006, P. 23). Sobre o primeiro, diz a autora: “cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis” (ROLNIK, 2006, P. 23). Trata-se de um desenho movente — a ideia de um traçado, um rabisco, uma linha nômade que percorre determinado campo ou território existencial. Para ela, a cartografia desmancha e transforma mundos e permite a desconstrução de sentidos arraigados para formação de outros mundos “que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos” (ROLNIK, 2006, P. 23).

A cartografia não representa objetos. Ela acompanha processos. Compreende a dimensão processual do viver. Trata-se de uma processualidade que não é histórica (ideia de algo já feito e acabado) a não ser que o dado histórico esteja vivo no momento presente, fazendo parte do mesmo. Essa dimensão processual no presente é uma característica que marca fortemente esse tipo de percurso. Tal processualidade diz respeito à apreensão de um ‘plano de forças’ que se atualiza em uma dimensão coletiva. O método da cartografia opera na construção do ‘plano coletivo de forças’. O que é um plano coletivo de forças? É aquele que coexiste com o plano das formas, dos “contornos estáveis que se denomina formas, objetos ou sujeitos” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, P. 92). Segundo essas autoras, é o plano de forças, visto como um plano de intensidades, que produz o plano das formas. Nele há sempre essa dimensão coletiva que convive e dá consistência e certa ancoragem àquilo que é experimentado e vivido. Embora sempre haja momentos de individuação (plano das formas) na prática da cartografia, a atenção

está voltada para aquilo que é movente (forças). Quando se diz que o método de formação empregado é feito pela transmissão e se pauta em uma dimensão afetiva, quer-se ressaltar que se trata de algo que se passa na interação entre o plano das forças e o plano das formas, o processo entendido como aquilo que se passa entre esses dois planos, em meio aos acontecimentos. Inclui-se, aqui, a produção de subjetividades.

Outra afirmação importante é que o método da cartografia não é algo que se aplica, e sim que se pratica. Ou seja, é um método inventivo, estando o cartógrafo sempre implicado em movimentos de criação, de transformação de si mesmo e do mundo. Trata-se de ir ao campo com uma perspectiva exploratória, sendo fundamental que o olhar seja o de alguém que se deixa surpreender com o que acontece naquele campo. Ao cartógrafo

importa que ele esteja atento às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana que se propõe a perscrutar e que podem ser: movimentos sociais, formalizados ou não [...] grupos e massas, institucionalizados ou não. (ROLNIK, 2006, P. 65).

O cartógrafo começa pelo meio, já com o 'bonde andando'. Aliás, na vida sempre se começa e se sai pelo meio dos processos, embora haja momentos de chegada e de saída. O corolário disso são os momentos de nascimento e morte, mas, no caso da cartografia,

todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas [...] sendo importante que o cartógrafo mergulhe 'na geografia dos afetos' e faça uso das mais diversas fontes e operadores conceituais ao fazer o seu percurso. (ROLNIK, 2006, P. 66).

A cartografia é caracterizada como um método que inverte a equação 'conhecer primeiro para fazer posteriormente' porque toma como base a ideia de que o mergulho na experimentação é essencial para que se

construa o objeto do conhecimento. A equação passa a ser: fazer e conhecer, tendo em vista a necessidade de se caminhar e avançar na construção do conhecimento. Como diz o poeta Antônio Machado, "o caminho se faz ao andar" (MACHADO, 2015).

Segundo Passos e Barros (2009A), na cartografia, há uma inversão do que se conhece como 'método', visto tradicionalmente como processo de construção de conhecimento que se define como um caminho predeterminado pelas metas dadas de partida. Na cartografia, a própria metodologia é inventada porque parte sempre da experimentação. Essa inversão é explicada assim:

[...] consiste em aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado e assumido como atitude. Em vez de regras para serem aplicadas, propõe-se a ideia de pistas para guiar o trabalho de pesquisa. As pistas que guiam o cartógrafo são como referências que concorrem para a manutenção de uma atitude de abertura ao que vai se produzindo e de calibragem do caminhar no próprio percurso da pesquisa. (PASSOS; BARROS, 2009A, P. 17).

Isso não significa o primado do empirismo, pois esse tipo de experimentação não prescinde do registro da experiência e nem do rigor da sistematização do trabalho realizado. É a valorização do fazer, mas não meramente pelo fazer, e sim para produzir conhecimento através de novas práticas postas em ação e que trazem consigo o germe da mudança.

Quando se fala de um processo de formação em que o mesmo se dá a partir do que é experimentado em determinado contexto em dado território, é justamente daquilo que se vivencia no caminhar que o processo se nutre. É no (re)conhecimento de um território – que é possível (re)inventá-lo. O desafio é o da renovação de práticas que, mesmo respaldadas em embasamentos científicos, acabam não surtindo os efeitos locais esperados. A formação deve ser oferecida ao profissional

de saúde como um processo que se realiza na e pela inserção no plano da experimentação.

Esse expediente propicia a dimensão dos avanços, impasses e desafios de cada percurso empreendido, para que as ferramentas adequadas a determinado contexto sejam forjadas a partir do que o território oferece em função das expectativas dos possíveis desdobramentos e resultados não previamente estabelecidos. Por isso a importância da articulação do uso da cartografia com a ética do cuidado e a produção de grupalidade.

Sobre grupalidade

Reunir pessoas em torno da discussão de um determinado assunto ou para realização de uma determinada tarefa não é garantia de envolvimento e participação dos presentes. Não basta reunir pessoas para que, de fato, processos grupais sejam acionados. Para lidar com esse desafio de forma diferenciada, é necessário operar uma desnaturalização de um modo de compreender o grupo e o indivíduo, ainda hegemônico nos dias atuais, afirmando uma perspectiva mais promissora para seu efetivo funcionamento. Do ponto de vista aqui adotado, um grupo não é um somatório de individualidades e nem um aglomerado de pessoas que pensam de modo unívoco. Aqui, o grupo é um dispositivo acionador de potencialidades, afirmação importante para a compreensão do que é essencial em seu efetivo funcionamento: a produção de uma qualidade relacional que facilite as trocas e construções coletivas.

Tradicionalmente, o grupo é pensado a partir da noção de indivíduo, e pode-se localizar algumas constantes nas definições comumente formuladas: o grupo como intermediário entre o indivíduo e a sociedade; o grupo como um todo; como uma estrutura, uma unidade, um objeto de investigação (BARROS, 1994). Barros desloca esta compreensão propondo um novo olhar a partir do qual o grupo passa a ser entendido como um dispositivo de produção de subjetividade⁴. Ao realizar este deslocamento, o grupo deixa de ser apenas uma forma como

os indivíduos se organizam “para ser um dispositivo, catalisador existencial que poderá produzir focos mutantes de criação”, passando a expressar “multiplicidades e provisoriades” (BARROS, 1994, P. 151).

A noção de dispositivo como ‘algo que faz funcionar’ será tomada por Barros para pensar o que afinal aciona-se nos espaços grupais: suas potencialidades. O grupo produzido como dispositivo favorece “as descricalizações de lugares e papéis que o sujeito-indivíduo constrói e reconstrói em suas histórias” (BARROS, 1994, P. 152), possibilitando o surgimento do novo e do impensado. Não se trata aqui de buscar a identidade do indivíduo ou do grupo, mas acompanhar suas linhas de composição⁵ a partir do contato com o emaranhado de intensidades que se atualiza em determinado tempo e espaço (BARROS, 1997).

Ao optar por uma compreensão da realidade a partir da ideia de produção de subjetividade, abrem-se espaços para modos de existir antes impensáveis, compreendendo a experiência de um sujeito sempre como um emergente, construído a partir de um plano vivo e pulsante, que se atualiza a todo momento (SIMONDON, 1993; STERN, 2007).

O contato com a multiplicidade, oriunda das diversas linhas de composição e acessadas nas situações grupais, pode deixar emergir um território existencial não mais da ordem do individual, mas da ordem do coletivo. Uma composição se realiza a partir de vários ditos, várias histórias, sensações, percepções; que precipitam novas formas de ver e dizer sobre um determinado tema ou questão. Isso se deve ao fato de se experimentar, neste movimento, mesmo que de forma breve e sutil, a suavização e dilatação das fronteiras dos territórios existenciais individuais, dando ênfase nas composições surgidas do encontro. Ao deixar de lado a concepção de grupo como sendo um somatório de indivíduos ou como uma unidade em si, compreendendo-o a partir da noção de produção de subjetividade, é possível acessar processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no

⁴ Produção de subjetividade é entendido aqui como “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial autorreferencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (GUATTARI, 1992, p. 19). A este respeito conferir Guattari e Rolnik (1994), Deleuze (1991).

⁵ Segundo Barros (2007), “O trabalho com o dispositivo-grupo se dá no desembaraçamento das linhas que o compõe — linhas de visibilidade, de enunciação de força, de subjetivação. Por isso diz-se que este trabalho é cartográfico. [...] Logo, insiste-se que não há sentidos a serem revelados, mas a serem criados. É da fecunda tensão das linhas que configuram um dispositivo que algo de novo pode advir” (BARROS, 2007, p. 189).

grupo.

Então, pode-se dizer que o grupo é composto por um ‘emaranhado de linhas das muitas histórias que nele [grupo] se cruzam’. Que linhas são essas? São linhas de composição da vida (DELEUZE, 1991; BARROS, 1997), encontradas tanto no engendramento dos territórios existenciais quanto nas experiências do *socius* (GUATARRI; ROLNIK, 1986) e que irão compor os dispositivos. Trata-se de uma mesma materialidade constitutiva, sempre pulsante e atual, com a qual se tem que haver a todo o momento (SIMONDON, 1993).

Nessa perspectiva, o trabalho em grupo aciona processos capazes de produzir mudanças por meio do que é expresso e experimentado no decorrer dos próprios encontros grupais, mantendo-se uma abertura para a inclusão dos efeitos produzidos pela composição de palavras e afetos que ganham novos sentidos (NOGUEIRA; PITOMBO; ROSÁRIO, 2010). Caminhando na construção desta percepção, experimentam-se sensações oriundas da composição das forças expressivas e intensivas⁶ produzidas pela diversidade das experiências que compõe o grupo, vindas de muitos lugares, seguindo ‘múltiplas direções’.

Ampliar o campo sensível e perceptivo no sentido apontado acima não significa abrir mão das estratificações necessárias para o viver, da realização de tarefas e cumprimento dos diversos acordos que organizam o cotidiano da vida em sociedade. Não há contradição entre tarefas a serem realizadas e as reflexões propostas.

Aqui, o diferencial é o ‘modo de fazer’, o modo de conduzir a realização da tarefa, pois há de haver abertura para a inclusão permanente das contradições, singularidades e discrepâncias surgidas em todo e qualquer trabalho grupal.

O estar diante de outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido — não só enquanto experiência, como também enquanto ‘modo de experimentar’ — que passa a percorrer as superfícies dos encontros. (BARROS, 1997, P. 188).

Dessa afirmativa decorre a importância em se desenvolver habilidades para lidar com a diferença e com o imprevisível, próprios e possíveis em qualquer situação grupal.

Nessa proposta, trabalha-se a ideia de grupalidade como um processo que vai se constituindo gradativamente, a partir do seu exercício compartilhado. A experiência realizada em grupo, através de reflexões e atividades propostas em oficinas e rodas de conversa, permite que os atores envolvidos construam relacionamentos de confiança. O reconhecimento de que o que é dito pode ser feito, o compartilhamento das decisões em regime de corresponsabilidade, a possibilidade de dar visibilidade àquilo que até então não podia ser dito, o exercício do cuidado em mutualidade, entre outros — são aspectos que podem ser desenvolvidos no decorrer de um processo grupal. O que se propõe é a criação de um espaço protegido, favorável à troca e ao trabalho em conjunto, sempre com a preocupação de se manter uma abertura para as potencialidades inerentes ao encontro.

Entre as estratégias utilizadas para a realização dos trabalhos em que a grupalidade foi acionada e experienciada, houve uma que facilitou enormemente a compreensão dos objetivos a serem alcançados, pela oportunidade da prática em ato, através de estudos de casos e de situações de difícil resolução individual. Trata-se do uso dos “Grupos Balint Paidéia” (GBP) (CUNHA; DANTAS, 2010, P. 34). Na verdade, esse é um tipo de procedimento técnico oriundo de outras experiências que tiveram início justamente no campo da saúde através da experiência original de M. Balint (1988, P. 11), que percebeu os meandros e a delicadeza da relação entre o médico (ou outro profissional de saúde) e seu paciente. Uma relação capaz de produzir efeitos benéficos ou perniciosos para o paciente. Ou seja, mais uma vez a constatação da importância do aspecto relacional na composição do que se chama de planos de forças.

O trabalho com a metodologia de GBP proporciona um espaço grupal que dá suporte aos profissionais para que possam exercitar, a partir de casos clínicos vividos, uma elaboração

⁶ A esse respeito, conferir Deleuze (1991).

dos afetos presentes nas relações clínicas e institucionais, em associação ao fomento do processo de cogestão das equipes interdisciplinares dos serviços. A discussão de casos atuais é um potente dispositivo criador de interdisciplinaridade, instaurando novas dinâmicas de interlocução entre os participantes. Nos GBP, parte-se sempre de um caso para a construção de um espaço de narratividade segundo a lógica: narrar, problematizar, refletir e construir estratégias de intervenção. O método pressupõe a inclusão dos participantes envolvidos na discussão de temas e problemas em saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos. Um caso clínico institucional de um dos participantes do grupo é apresentado, e todo o grupo passa a refletir, contribuindo para seu desdobramento. Observou-se que neste ‘processo de desmontagem’⁷ “extraí-se a agitação de micro casos trazidos a cena” (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 168) As pessoas se identificam, trazem novos pontos de vistas, outras abordagens, trazem seus próprios casos.

Aqui cada caso mais do que ser um caso, é caso como-um, caso onde o um é menos unidade, individualidade, menos regra geral que homogeneiza os casos e mais o um-expressão, índice de qualquer um outro caso, aberto, portanto, a muitos num *continuum* de intensidades que compreendem diferenças. (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 169).

Nessa modalidade de experiência, o caso passa a ser de todos, pois a vivência em conjunto faz com que ‘abracem a situação’ como sua, como se cada um dos participantes estivesse diretamente envolvido na questão, na medida em que se reconhecem naquele lugar, enfrentando ou já tendo enfrentado alguma experiência semelhante de dúvida ou de impasse. A partir do que já foi dito anteriormente sobre processos grupais, pode-se afirmar que se trata da emergência de um plano coletivo de forças que com sua intensidade contagia⁸ a todos (THEMUDO, 2002). Isso não elimina de modo

algum o modo diferenciado com que cada um recebe e processa a vivência do caso em discussão. Ao contrário, as diferentes reações provocam atitudes de acolhimento, desejo de ajudar, produção de soluções criativas e fortalecimento do grupo, bem como de conflitos, resistência e desinteresse que são sempre incluídas e trabalhadas.

Os GBP são fortes produtores de resiliência, pois à medida que os componentes do grupo vão se encorajando e trazendo seus ‘casos difíceis’ para discussão, o sentimento de grupalidade solidária se intensifica e ganha consistência. Essa experiência costuma causar transformações significativas no modo de compreender os problemas surgidos sem que se tenha recebido das suas próprias reações afetivas. O grupo que opera nessa modalidade possibilita a experiência do autoconhecimento e também do melhor conhecimento do outro. A vivência compartilhada em grupo produz, ao mesmo tempo, autonomia e compartilhamento. O cuidado, antes visto apenas como destinado aos usuários, passa a ser reconhecido como autocuidado e cuidado mútuo, aquele tipo de cuidado que é digno de disseminação entre os próprios profissionais que passam a se apoiar e a buscar soluções coletivas.

Concluindo, a compreensão de ‘grupo como dispositivo’, somado à ‘cartografia’ e à ‘ética do cuidado’, orienta todo o processo de concepção e condução das atividades de formação da EBBS. A aposta é na potência da experiência grupal, nas suas diversas configurações, banhada pelo cuidado com as relações de todos os envolvidos e pela constante cartografia dos afetos oriundos das experiências que vão se desenrolando. Este é norte na condução da metodologia de formação da EBBS.

Sobre cuidado

Como visto no início desse trabalho, a partir do paradigma do cuidado, a palavra ‘cuidado’ adquire uma compreensão que equivoca seu significado comum. O ‘cuidado essencial’ antecede o início da vida singular e se inscreve

⁷ Passos e Barros (2009) descrevem dois procedimentos narrativos a partir dos quais pode-se abordar um caso: a redundância e a desmontagem. No procedimento da redundância, o caso é entendido como caso padrão, narrado pela operação de repetição. No procedimento de desmontagem, o caso narrado é tratado “como agregado de mil outros casos, é apreendido pelo método intensivista, método em que a transformação se dá por metamorfose, criação de novos sentidos. Aqui o caso não tem sentido próprio nem figurado, já que se vê implicado, remetido aos muitos outros casos colocados num de intensidades” (PASSOS; BARROS, 2009, P. 168).

⁸ A ideia de contágio ou imitação é encontrada nos escritos do sociólogo Gabriel Tarde que trabalha o aspecto das ‘expressões quase imperceptíveis’ como o “germe de toda transformação, tal como uma pequena pedra atirada em um lago, cujas ondas produzidas a partir de um ponto singular podem se propagar por toda a extensão do lago, ou como uma epidemia mais ou menos intensa” (THEMUDO, 2002, P. 9).

no tecido social, projetando um lugar para as gerações que estão por vir.

A partir do paradigma do cuidado, cotejando-o com o paradigma da dominação, pergunta-se: cuidado se ensina? Como se transmite o cuidado? Como criar o gosto pelo cuidar se, de uma determinada maneira, nossa cultura se encontra um tanto desabilitada para tal?

Esse é o desafio que a EBBS se coloca ao propor sua metodologia de formação. Parte-se da seguinte premissa: cuidado se transmite através da experimentação. Mesmo que se faça um esforço para apreender seu significado nos livros, não se atingirá seu sentido mais profundo, alcançando apenas uma compreensão parcial. Existe uma razão básica para esse fato: o sentido do cuidar que nutre o paradigma do cuidado se enraíza na dimensão relacional do homem, no reconhecimento do outro — na alteridade.

Essa dimensão relacional de um cuidado ampliado que opera através de um ‘ambiente facilitador’ é fundante do humano. Como visto acima, tem sua matriz na relação da mãe com seu bebê, nas habilidades oriundas da primeira infância⁹, habilidades que foram fundamentais para que o pequeno infante fosse fisgado para a vida e pudesse perseverar em sua comunidade. No entanto, essas habilidades vêm sendo colocadas à margem devido as exigências, ainda hegemônicas, do paradigma do domínio.

A compreensão da vida coletiva a partir do paradigma do cuidado resgata territórios da vida subjetiva¹⁰ que se encontram despoticizados devido ao exercício (por séculos) do paradigma da dominação, que em seu âmago se exerce mediante a exclusão da dimensão sensível da subjetividade individual e coletiva. Como escreve Leonardo Boff,

[...] no transfundo desta ética do cuidado há uma antropologia mais fecunda que aquela tradicional, base da ética dominante: parte do caráter relacional do ser humano. Ele é um ser, fundamentalmente, de afeto, portador de pathos, de capacidade de sentir e de afetar e

ser afetado. Além da razão intelectual (logos) vem dotado da razão emocional, sensível [...]. Ele é um ser-com-os-outros e para-os-outros no mundo. Ele não existe isolado em sua esplêndida autonomia, mas vive sempre dentro de redes de relações concretas e se encontra permanentemente conectado. (BOFF, 2010).

Ao alicerçar o processo de formação na experimentação do cuidado, privilegiam-se estratégias micropolíticas para sua transmissão, formas diversificadas de ‘viver’ o cuidado que associadas à cartografia e à grupalidade favoreceram a disseminação de modos diferentes de fazer e produzir saúde, contando com uma delicada e potente rede afetiva e linguística que vai sendo sistematicamente construída e envolve os implicados em determinada prática. Quando se está imerso nesta experimentação, as mudanças subjetivas vão se operando por ‘afetação’ e ‘contágio’, vistos aqui como algo que se propaga em meio àquilo que é vivenciado por muitos e que funciona como disparador da ‘formação de um tecido coletivo’, pois “o retalhamento das disciplinas torna impossível apreender ‘o que é tecido junto’, isto é, o complexo, segundo o sentido original do termo” (MORIN, 2014, P. 14).

Transmitir cuidado implica, portanto, experimentação e afetação (MAIA, 2013), já que inclui não somente a dimensão de significados linguísticos, mas toca o campo da transmissão sensível, provocando a ativação de mecanismos biológicos e psíquicos que por vezes se encontram adormecidos na vida adulta.

Conclusão

Mais que concluir, optou-se por sublinhar a importância dos processos de cooperação não somente no campo do trabalho, mas em todos os registros da experiência humana. Richard Sennet, em seu livro ‘Juntos’ aponta a importância da base de trocas subjetiva que sustenta os processos de cooperação em que todos os envolvidos se beneficiam. Desde a

⁹ Vale lembrar que essas habilidades dizem respeito à capacidade de estabelecer empatia, de cooperar, de agir com espontaneidade, de fazer uso da linguagem lúdica e de poder confiar em si e no outro.

¹⁰ Para um aprofundamento desse tema, indica-se Daniel Stern (2007).

experiência de mutualidade da mãe com seu bebê durante a amamentação até as redes de cooperação nas situações de trabalho, há um ganho subjetivo para todos: a atitude cooperativa visa a facilitação de processos que individualmente seriam mais difíceis, se não impossíveis. Sennett afirma:

A capacidade de cooperar de maneira complexa está enraizada, isto sim, nas etapas mais iniciais do desenvolvimento humano; essas capacidades não desaparecem na vida adulta. E esses recursos de desenvolvimento correm o risco de ser desperdiçados pela sociedade moderna. (SENNETT, 2012, P. 20).

No âmbito do trabalho, quando os fazeres são executados a partir de um distanciamento desafetado, ocorre uma fragilização dos vínculos entre os envolvidos. Ao invés de experimentação de cuidado, há uma invalidação dos afetos vividos na experiência pessoal e coletiva. Aprende-se a indiferença, a impotência e a desconfiança, entre outros afetos desvitalizantes. A dimensão intersubjetiva de reconhecimento é abalada, rompendo com a possibilidade de construção de um ‘ambiente facilitador’ que fortaleceria o vínculo de cooperação entre os agentes da experiência, dificultando assim os processos de comunicação,

de adesão e de criatividade no trabalho.

Acredita-se que as coisas podem se dar de uma outra forma quando há uma preocupação com a qualidade dos vínculos estabelecidos e com a produção de sentido em torno do fazer (da vida laboral).

Na experiência realizada, houve a preocupação com a inclusão do sensível, dos afetos no âmbito da formação de profissionais de saúde ligados à gestão. Procurou-se ao longo do texto apontar alguns aspectos pedagógicos que são alavancas metodológicas para que esse processo possa ocorrer.

O esforço de trabalho, formação e transmissão de cuidado se articula a partir da premissa de cooperação, tal como apontado acima. Sublinha-se que se vive um momento histórico de profunda crise de valores em que é urgente o resgate do ‘estado de espírito cooperativo’ não somente nas redes de trabalho, mas também no âmbito das relações sociais. Para mudar esse cenário, é de fundamental importância dar um destaque especial para as ações dirigidas à primeira infância, adubando o solo para o amanhã. Produzir pensamentos e soluções alternativas, simples e criativas, adequadas às especificidades de cada território brasileiro é um desafio para todos que se aventurarem a pensar ações voltadas para o cuidado integral da criança. ■

Referências

AB’SÁBER, T. A. M. Apresentação. In: PHILLIPS, A. *Winnicott*. Aparecida: Ideias&Letras, 2006, p. 9-15.

ARANHA, M. L. *A história da educação e da pedagogia*. São Paulo: Moderna, 2006.

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

BARROS, R. B. Grupo e produção. In: *Saúde e loucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.

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

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde:

um novo modismo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BOFF, L. *A paz fundada no paradigma do cuidado*. 2010. Disponível em: <<http://www.triplov.com/boff/2010/paz.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. *Sustentabilidade: o que é – o que não é*. Petrópolis: Vozes, 2012.

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

DEJOUR, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1994.

ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança. In: _____. *Obras completas Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 1-13. (Obras Completas Psicanálise, 4).

FERRATER-MORA, J. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Loyola, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREUD, S. Psicoterapia da histeria (1895). In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967b, p.

103-129. (Obras Completas, 1).

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: _____. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

MACHADO, J. P. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 3. ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.

MACHADO, A. *Cantares*. Disponível em: <<http://www.escritas.org/pt/poema/10543/cantares>>. Acesso em: 28 set. 2015.

MAIA, M. S. Cuidado, humanização, transmissão e clínica. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 259-278.

MENDES, C. Pesquisa avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 281-350.

MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma do pensamento*. 21. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

NOGUEIRA, J.; PITOMBO, R. D.; ROSARIO, S. E. Transformações afetivas em um grupo de profissionais de cuidados paliativos. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2010, p. 107-114.

PENELLO, L. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L.;

- LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 9-354.
- PLASTINO, C. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 53-88.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina: Ed.UFRGS, 2006.
- SENNET, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- SILVA, R. N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, n. 16, p. 1-16, 2004.
- SIMONDON, G. A gênese do indivíduo. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, p. 97-118, 2003.
- STERN, D. *O momento presente: na psicoterapia e na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- THEMUDO, T. S. *Gabriel Tarde: sociologia e subjetividade*. Fortaleza: Relume Dumará, 2002.
- WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979. p. 38-54.
- _____. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

Plataforma EAD: uma ferramenta que aproxima as pessoas

EAD platform: a tool that brings people closer

Liliana Maria Paniel Lugarinho¹, Flávia Costa Figueiredo², Sheila Paula da Silva Ferreira³

¹ Médica. Mestre em saúde pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora executiva do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). liliana.lugarinho@gmail.com

² Professora. Graduada em história pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. Atualização em gestão de sistemas e serviços de saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Assistente de coordenação e coordenadora executiva da plataforma do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). flaviacostafigueiredo@gmail.com

³ Bibliotecária. Mestranda em biblioteconomia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). sheilavox@gmail.com

RESUMO Neste artigo, descreve-se a experiência de utilização de uma plataforma virtual para potencializar o processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Pretende-se narrar como uma ferramenta considerada ‘dura’ pode ser transformada para manter vivo o vínculo entre os participantes de um coletivo. Nele, apresenta-se a metodologia de trabalho criada, as modificações realizadas ao longo do tempo, as dificuldades encontradas e relatos de experiência das pessoas que utilizam a plataforma. Demonstra-se que, apesar de o Brasil possuir dimensão continental, foi possível moldar uma ferramenta para a aproximação de uma equipe de trabalho, unindo comprometimento, capacidade técnica e afetividade. Nesse sentido, propõe-se uma nova maneira de fazer e dar suporte para os desafios das ações nos territórios.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da criança; Atenção integral à saúde; Desenvolvimento de pessoal.

ABSTRACT *In this paper, we describe the experience of using a virtual platform to potentialize the process of formulation and implementation of the Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (National Policy for Comprehensive Child Health Care – PNAISC). We intend to narrate how a tool that is considered ‘stiff’ can be transformed to keep alive the bond between the participants of a collective. In it, we present the methodology of work created, the modifications performed throughout the time, the difficulties found, and reports of experience of the people who use the platform. It is shown that, although Brazil has a continental dimension, it was possible to forge a tool for approximating a work team, uniting compromise, technical skill, and affectionateness. In that sense, we propose a new way of doing and supporting the challenges of the actions in the territories.*

KEYWORDS *Child health; Comprehensive healthcare; Staff development.*

Introdução

Formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e formação dos consultores nacionais

Em 2011, a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), na época ainda chamada de Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, começou a articular o projeto de criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), uma antiga demanda do Ministério da Saúde. Para essa tarefa ser realizada, seria necessária uma estratégia que soubesse, em um processo dialógico, mobilizar atores com o objetivo da criação de uma política em cogestão participativa, unindo diferentes propostas e demandas, além de incluir e respeitar diferenças regionais.

A partir da bem-sucedida experiência piloto de implantação de núcleos para desenvolvimentos de ações em prol da primeira infância nas cinco macrorregiões brasileiras elaborada pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), surgiu a proposta, por parte do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) e da Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, de usar esse modelo de trabalho intersetorial para reunir diversos atores, subsidiando a discussão e criando consensos para a redação da PNAISC, e sua futura implantação em todo o território nacional.

Assim, entre outras funções, a equipe de formação da EBBS, composta por sete profissionais de diferentes áreas de formação, como médicos, psicanalistas e psicólogos, assumiu a responsabilidade de formar e capacitar os consultores estaduais contratados pela CGSCAM. São 27 consultores estaduais (um de cada estado e do Distrito Federal), que possuem as atribuições de monitorar,

capacitar, potencializar e ser referência para os coordenadores de saúde da criança dos estados e municípios, representando a coordenação de saúde da criança do Ministério da Saúde.

Para fazer assessoria ao processo de gestão dos consultores estaduais, cinco consultores nacionais foram selecionados. Esses consultores nacionais são profissionais da saúde pública com grande experiência em gestão e soluções de problemas. Sua expertise ajuda a manter o consultor estadual focado na tarefa de desenvolver a saúde da criança em nível local e auxiliar na resolutividade de agendas políticas distintas.

Por entender que é fundamental uma mudança no processo de trabalho, desenvolveu-se uma formação que permitisse não só uma melhoria na gestão, mas que também faça apoio emocional a todos os consultores. Aqui, entende-se como gestão o modo de fazer, sua relação com pares, usuários e profissionais.

Sabe-se que os consultores estaduais são atores sociais atuantes nas reformas do trabalho e na adoção de práticas acolhedoras e resolutivas de gestão e de atenção à saúde, e teve-se como meta buscar uma formação que não se atenha só a conteúdos técnicos, mas uma que simultaneamente seja problematizadora da realidade e que auxilie na transformação dos sujeitos e que, consequentemente, transforme os territórios.

Breve histórico e potencialidades do Ensino a Distância

Desde a criação do Protocolo de Transferência de Hipertexto (HTTP) e da popularização da *World Wide Web* no final dos anos 80, uma das primeiras formas de comunicação *on-line* criadas, além do e-mail, foram os *Bulletins Boards System* (BBS), que foram os precursores dos fóruns de discussão. Com a popularização de ferramentas mais robustas de edição e manutenção, começou-se a adaptação destes para se tornarem ambientes

de aprendizagem virtuais (*Virtual Learning Environments* – VLE). No começo da década de 2000, os VLE já eram ferramentas legítimas e poderosas de espaço de aprendizagem. O uso do VLE em cursos de aprendizagem é regularmente chamado no Brasil de Ensino a Distância, ou EAD (BARKER; GOSSMAN, 2013).

A plataforma EAD apresenta várias vantagens tanto para os professores quanto para os alunos. A primeira é que a plataforma é um ambiente social, apesar de ser assíncrono. Ou seja, retém o aspecto coletivo de aprendizagem, com trocas de experiências, saberes e dúvidas, mas com a vantagem de ser um fluxo contínuo, dando ao aluno flexibilidade e autonomia para decidir os seus horários mais adequados para aprendizagem. A segunda vantagem é a utilização da plataforma como espaço de informação, e não só de aprendizagem. Uma vez que vários tópicos podem ser abordados simultaneamente, há facilidade de se disponibilizar material didático complementar além de permitir que temas paralelos sejam discutidos. Ao se familiarizar com a plataforma, o aluno aumenta progressivamente seu protagonismo (MEANS ET AL., 2010).

Essa experiência de aprendizagem-protagonista reflete-se, também, na cogestão de todo processo educativo, já que EAD exige sempre um maior grau de planejamento que o ensino presencial e amplia a participação em diferentes coletivos. Os participantes se apoiam uns nos outros, construindo verdadeiras comunidades de aprendizagem; intensifica-se o diálogo professor-tutor/alunos-apoiadores, coordenação/professor-tutor, coordenação/alunos-apoiadores, enfim, democratização dos espaços de ensino e gestão (BARKER; GOSSMAN, 2013).

Finalmente, a manutenção de um registro e histórico completo dos diálogos, atividades, relatórios dos alunos são essenciais para o processo de melhoria contínua dos trabalhos e até de atualizações da plataforma virtual de aprendizagem.

As plataformas de aprendizagem virtuais como modelo de aprendizagem e troca de afetos

Pensou-se que, para poder realizar uma formação almejada, o modelo tradicional de ensino e capacitação dos consultores estaduais a partir de encontros estritamente presenciais deveria ser alterado. A necessidade de manter um permanente contato com os consultores estaduais era um desafio muito grande. Dificuldades logísticas e econômicas são comuns em capacitações presenciais com alunos de diferentes localidades e acabam comprometendo o próprio processo de aprendizado (BELLE; OR, 1998).

Os encontros presenciais tinham uma periodicidade trimestral, o que dificultava acompanhar a realidade contínua, dinâmica e complexa. Uma nova forma de comunicação, formação e de grupalidade se mostrou necessária. Esta deveria permitir não só a eliminação das barreiras geográficas, mas também consolidar e potencializar a grupalidade entre as tutoras, seus consultores estaduais e os consultores nacionais.

Utilizar uma plataforma virtual de aprendizagem foi pensado a partir de uma experiência positiva anterior das coordenadoras da EBBS no Instituto Nacional do Câncer – Rio de Janeiro. Nesta experiência, utilizou-se a plataforma *Moodle*¹, e foi possível potencializar o espaço de aprendizagem virtual sem prejuízo ao espaço presencial. Na plataforma, postavam-se os casos clínicos que seriam discutidos na reunião presencial e contava-se com sugestões de manejo do caso de todos os participantes do grupo. Essa experiência foi decisiva para a formação e manutenção dos espaços da plataforma e para a elaboração e implantação da PNAISC.

No caso de uma formação-intervenção com objetivo de formar apoiadores institucionais de uma área específica e para colaborar na formulação de uma política pública compartilhada, fica ainda mais evidente a

¹ Software livre, de apoio à aprendizagem, executado em um ambiente virtual. Disponível em: <https://moodle.org/?lang=pt_br>.

importância que esta escolha metodológica demanda.

Utilização da plataforma virtual como um elemento de potencialização de ações individuais

Para atuar como facilitadores do processo, foram selecionados cinco tutores psicólogos com atuação na área de ensino e/ou com atuação na área materno e infantil e na condução de grupo Balint Paidéia (CUNHA, 2009). Estes tutores respondem à coordenação da EBBS. Os participantes foram divididos em cinco grupos. Cada grupo possui de cinco a seis consultores estaduais, um consultor nacional e um tutor.

A partir da experiência positiva anterior, já relatada neste artigo, verificou-se a possibilidade de criar uma plataforma de Ensino a Distância (EAD) dentro do Departamento de Informática do SUS, o Datasus, utilizando o programa UniverSUS².

Nessa plataforma, os participantes são estimulados a relatar suas experiências e os consultores estaduais a enviar mensalmente um relatório, contando detalhadamente suas atividades durante o mês e o que conseguiu avançar, ou não, para a criação e a implantação da PNAISC no seu estado.

Que tipo de formação se quer?

Não se pretende a formação como a educação de uma pessoa que não sabe, e sim a troca e o intercâmbio entre os participantes com auxílio das tutoras e os textos por elas escolhidos para promoverem, como propõe Ceccim e Ferla (2009), um ‘estranhamento’ de saberes e a ‘desacomodação’ com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar.

Ainda para Ceccim e Ferla (2009), existe uma ‘pedagogia em ato’, que deseja e opera pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e atuação, estabelecendo tanto o contato emocionado com as informações

como movimentos de transformação da realidade. Então o que se propõe é uma mudança e afetação dos sujeitos envolvidos no processo que possam de fato modificar as práticas no seu cotidiano, enfatizada pelos três pilares tão caros à EBBS: cuidado, grupalidade e cartografia (PENELLO; LUGARINHO, 2013)

Enfatiza-se novamente: será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atuação-gestão-participação em análise? Não é um processo didático-pedagógico, é um processo político-pedagógico; não se trata de conhecer mais e de maneira mais crítica e consciente, trata-se de mudar o cotidiano do trabalho na saúde e de colocar o cotidiano profissional em invenção viva (em equipe e com os usuários).

Métodos

Criação da plataforma Moodle

A plataforma virtual da PNAISC ‘Apoio a formulação e implantação da PNAISC’ foi criada em 2012 pelo Datasus, e armazenada nos servidores UniverSUS, utilizando o *software* livre Moodle, criado em 2001 (BARKER; GOSSMAN, 2013). A plataforma possuía 146 usuários em março de 2015, sendo 2 coordenadores gerais da EBBS, 5 consultores nacionais, 27 consultores estaduais, 27 coordenadores de saúde da criança de estados, 27 coordenadores de saúde da criança dos municípios que são capitais dos estados, 5 tutores, 2 administradores do Fórum, 1 coordenadora executiva e 1 bibliotecária, além de todos os trabalhadores da CGSCAM.

É um fórum fechado e de cadastro restrito por administradores, portanto só acessível para leitura mediante um nome de usuário e senha, ou seja, não é possível um acesso de convidados, a não ser que ele seja autorizado pelo administrador da plataforma. Cada

²UniverSUS é um programa do Ministério da Saúde que se propõe a desenvolver e disponibilizar gratuitamente cursos a distância sobre informação e informática em saúde e ambientes virtuais para o trabalho colaborativo. Disponível em: <http://universus.datasus.gov.br/>.

subgrupo de usuários tem sua regra específica de permissão de acesso.

Os seguintes subgrupos foram criados para uso da plataforma: Fóruns dos Grupos (1, 2, 3, 4 e 5), Ponto de Encontro, Biblioteca Virtual, Glossário, Quadro de Avisos, Galeria de Fotos e Suporte Técnico.

Os Fóruns dos Grupos são para discussões de acontecimentos referentes aos usuários, sendo que cada grupo tende a utilizar estes Fóruns de diferente maneira, mais ou menos participativa. Os relatos de experiências pessoais de gestão dos consultores estaduais nos seus territórios; a inserção de textos de apoio e sua subsequente discussão, escolhidos pelos tutores, e a orientação nas práticas de gestão, fornecidas pelos consultores nacionais, é um arranjo que está presente em todos os grupos. Esse Fórum é restrito aos consultores estaduais do grupo designado, ao consultor nacional designado, ao tutor atrelado com seu grupo e aos coordenadores do projeto.

O Ponto de Encontro é um local de acesso livre a todos os usuários da plataforma, no qual qualquer tópico pode ser discutido, principalmente eventos referentes à saúde da criança, novas políticas ou mudanças de políticas, novos protocolos, entre outros assuntos. É o local no qual são tecidas interessantes respostas e em que tanto consultores como coordenadores podem trocar experiências dos diferentes territórios.

O espaço chamado de Suporte Técnico se refere à postagem de tópicos para solução de problemas técnicos. Além disso, é um espaço no qual dúvidas sobre a boa utilização da plataforma, sugestões de alterações e inclusão de novas funcionalidades podem ser sugeridas.

O subgrupo Quadro de Avisos são mensagens únicas, sem possibilidade de resposta, para anúncios, datas de eventos e outros avisos relevantes aos participantes.

Para auxiliar o processo de formação dos usuários da plataforma, foi criado um espaço próprio para este fim, contendo uma Biblioteca Virtual, Glossário e uma Galeria de Fotos. No espaço disponível para a

Biblioteca, ficam acessíveis apresentações realizadas em encontros presenciais, artigos de acesso aberto, legislação e ainda resenhas que podem contribuir no processo de aprendizagem. Existe um buscador na página para facilitar a localização do material de interesse: pode-se buscar por assunto, autor ou qualquer palavra que esteja disponível no resumo ou título do documento. A Galeria de Fotos permite o compartilhamento das fotografias tiradas durante os encontros presenciais, criando uma empatia entre os usuários. Esses espaços são mantidos por uma bibliotecária especializada em ferramentas on-line.

Há uma subárea do ambiente para armazenar os relatórios mensais dos consultores estaduais. Os relatórios são encaminhados aos consultores nacionais para avaliação e devolutiva dos relatórios com comentários e ações sugeridas.

Por último, o Pé do Ouvido é o nome dado as Mensagens Privadas (ou MP) neste ambiente. Mensagens Privadas são mensagens diretas para usuários específicos.

Adaptação das necessidades dos usuários da plataforma

À medida que os usuários foram acessando a plataforma, novos arranjos foram construídos. Três mudanças fundamentais foram feitas durante esse período.

A criação de Fóruns de Grupos específicos para os coordenadores da saúde da criança dos estados e capitais, com a presença dos tutores para a educação continuada deles. O arranjo proposto seria o mesmo que o dos Fóruns dos Grupos de consultores estaduais. Esta foi uma demanda dos coordenadores de saúde da criança, vinda do colegiado de coordenadores de saúde da criança para a EBBS, em que os coordenadores gostariam de ter a mesma formação do que os consultores estaduais.

A segunda mudança realizada foi a inserção de uma ferramenta de webconferência

entre os participantes da plataforma. Os consultores estaduais argumentaram que uma ferramenta de webconferência na plataforma poderia agilizar a comunicação entre os usuários.

A última mudança, que merece destaque é a alteração da interface do Moodle dependente do local de acesso. Por exemplo, a interface de acesso é modificada quando acessada de um dispositivo móvel de baixa resolução e tamanho de tela, como telefones celulares ou *tablets*. A argumentação dada pelos usuários da plataforma foi que a mudança para uma interface mais adequada aos usuários resultaria em uma frequência de visita maior, não restringindo a locais contendo um computador pessoal.

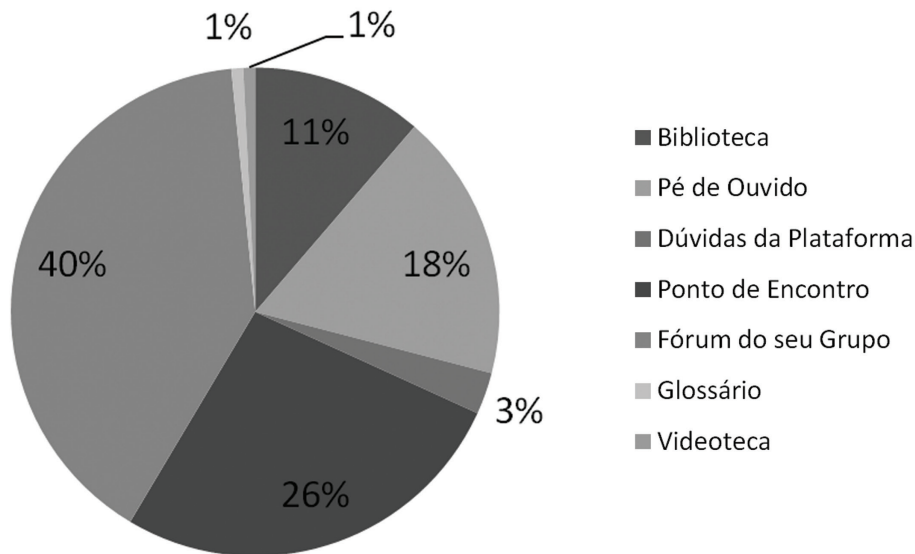
Dados preliminares

Dados sobre a utilização da plataforma

Para se comparar a utilização pelos usuários da plataforma, no *gráfico 1* está representada a utilização dos diversos subgrupos. Em geral, no ano de lançamento da plataforma, em 2012, o Fórum dos Grupos foi o subgrupo mais utilizado (40,2%), seguido pelo Ponto de Encontro (26,9%), Pé do Ouvido (17,8%), Biblioteca (11,3%). Dúvidas da Plataforma, Videoteca e Glossário somaram juntas a percentagem restante.

Já as estatísticas mais recentes, do final de 2014 (*gráficos 2 e 3*), mostram que os Fóruns dos Grupos ainda continuam sendo o que

Gráfico 1. Total de participações por subgrupos do Fórum (2012)



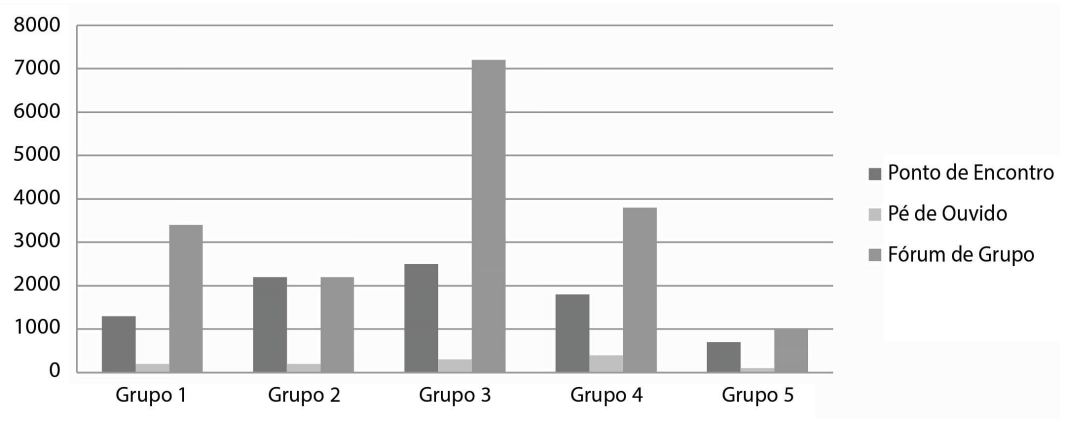
Nota: Elaboração própria

possuem o maior número de visitas para os consultores estaduais, tutores e consultores nacionais. O Ponto de Encontro é o segundo subgrupo mais utilizado pelos consultores estaduais e nacionais, porém é o terceiro em utilização pelos tutores. O Pé do Ouvido é o

segundo subgrupo em utilização pelos tutores, mas é o terceiro subgrupo mais utilizado para os consultores estaduais e nacionais.

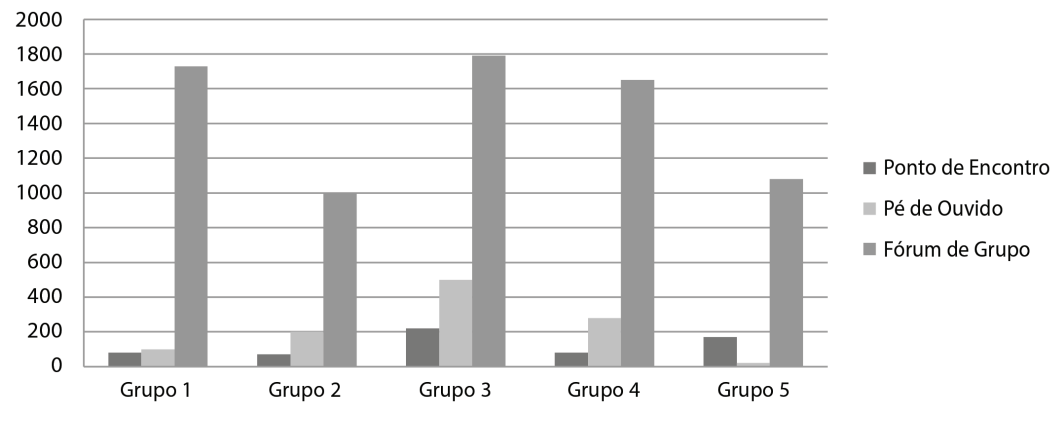
Pode-se notar uma evolução clara na participação dos integrantes da plataforma, principalmente dos consultores estaduais, nesses

Gráfico 2. Total de participações (hits) por subgrupos do Fórum pelos consultores estaduais em 2014



Nota: Elaboração própria

Gráfico 3. Total de participações (hits) por subgrupos do Fórum pelos tutores em 2014



Nota: Elaboração própria

três anos. Os Fóruns dos Grupos ainda permanecem extremamente visitados. Também é notado que o Pé do Ouvido diminuiu consideravelmente na sua utilização, mas se acredita que seja devido aos assuntos serem mais compartilhados com os companheiros de grupo e pela utilização de outros métodos para uma comunicação *ad-hoc*, como telefone e *e-mails*.

Dificuldades encontradas

Foram encontradas as seguintes dificuldades no processo da criação, manutenção da plataforma.

O primeiro ponto a ser comentado é a dificuldade inerente dos usuários da plataforma — podendo ser consultores, coordenadores, tutores e a bibliotecária — com a informática.

Esse termo geral se refere mais ao uso do equipamento para o acesso à plataforma (computador, laptop) e ao uso da internet. O segundo ponto detectado é em relação à informática na interface da plataforma (*login*, senha) e para chegar ao bom uso da plataforma, que é postar mensagens e anexar os relatórios mensais.

Esses problemas são bastante documentados na literatura. Sabe-se que a expertise pessoal em habilidades de informática pode variar bastante e não ser favorável à utilização da plataforma, principalmente com pessoas pouco habituadas em utilização de computadores e internet. Apesar da plataforma virtual não ser um programa de computador e não requerer uma instalação separada do sistema operacional do computador, o acesso à plataforma por um navegador de internet pode ser um empecilho para pessoas não habituadas com a internet.

A interface da plataforma virtual também se apresentou com um desafio da informática: desde problemas com a combinação de nome de usuário e senha até achar o fórum específico do seu grupo e postar. Já é bem reconhecido que algumas pessoas têm dificuldade com a interface de VLE, então foi concentrado um grande esforço, tanto virtual quanto presencial, para tirar todas as dúvidas sobre o acesso à plataforma e a sua boa utilização.

O aspecto seguinte que será discutido é um problema próprio às plataformas assíncronas, que é a fidelização ao uso da ferramenta. Essa fidelização vem normalmente pelo uso contínuo e frequente da ferramenta, porém a manutenção dessa fidelização se mostra um desafio constante. A perda de interesse, visitas cada vez menos frequentes e com cada vez menos conteúdo (quantidade e qualidade da postagem) são uma realidade, inclusive de outras redes sociais.

Isso acontece principalmente por dois motivos: a solidão virtual e a ansiedade virtual. Como a plataforma é assíncrona, uma resposta a uma postagem pode acontecer quase que imediatamente, ou até dias depois. Não ter

uma resposta imediata a um texto postado pode causar intensa frustração a quem escreveu, seja a sensação de solidão por ninguém ter respondido, portanto se está sozinho, ou a ansiedade, que é ficar conferindo frequentemente para ver se alguém já respondeu. Ao longo do tempo, esses efeitos podem levar ao abandono dessas ferramentas. A diferença principal das redes sociais é que elas são abertas e contam que novos usuários podem entrar e participar. O mesmo não ocorre com VLE. Portanto a fidelização dos usuários a plataforma é um processo contínuo e difícil.

Depoimentos de usuários da plataforma

O consultor estadual de saúde da criança surgiu como uma proposta do Ministério da Saúde de aproximação com os estados e municípios para implantação da Política Nacional de Saúde da Criança, utilizando uma modelagem inovadora de protagonismo dos atores estratégicos para que as ações voltadas à criança fossem operacionalizadas.

Contudo, esse consultor não chegou pronto. Havia necessidade de um processo de formação para que o seu papel fosse bem estabelecido, onde se apropriasse das necessidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde, através das políticas nacionais, e que minimizasse a visão dos profissionais do território do papel de um consultor fiscalizador e punitivo. O consultor tinha o objetivo de trabalhar junto, ao lado, dos gestores locais para implantação das ações de saúde da criança, sem papel de julgador, mas sim operacionalizador dos processos em conjunto.

Eis que surge a proposta de formação desse consultor e esse processo foi implementado pela EBBS (Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis). Os consultores já tinham sua formação profissional, conhecimentos, sentimentos e desejos, que tiveram que ser lapidados e adicionados às

necessidades estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Essa formação compreendeu vários dispositivos de aprendizagem: expositiva, dialogada, rodas de conversa, entre outros, proporcionados durante os encontros presenciais (três por ano).

Entretanto, essa formação não podia ser estacionária, não podia acontecer somente durante os encontros presenciais. A continuidade do processo de formação deveria ser periódica, ou pelo menos, permanente. Foi então que surgiu a proposta da plataforma UniverSUS – EAD. Com isso, o aprendizado continuou virtualmente, com acompanhamento do consultor nacional e da tutora da EBBS. Esse instrumento proporcionou a continuidade do aprendizado e também o contato constante entre o consultor estadual e o consultor nacional e a tutora da EBBS, bem como com os demais consultores estaduais e com a equipe técnica da saúde da criança do Ministério da Saúde.

A plataforma UniverSUS também proporcionou local de acúmulo de conhecimento, troca de experiências, inserção de conteúdos importantes para pesquisas e para embasamento teórico do consultor, esclarecimento de dúvidas, enfim, oportunidade para contato contínuo. Com isso, permitiu o fortalecimento do consultor estadual, por aproximá-lo das suas referências que o apoiaram constantemente frente às demandas que foram surgindo no território, demandas boas e ruins.

A plataforma permitiu aproximação, contato, apoio, orientação, esclarecimento, de uma maneira virtual, em síntese, foi o local de expressão de sentimentos entre os encontros presenciais e sem ela, o consultor não teria conseguido manter seu foco, sua sabedoria em lidar com as situações conflitantes e atuar com desembaraço e precisão. Entre as várias utilidades da plataforma destaque como importante o papel de ajudar o internauta a mudar a relação homem-máquina e mantê-lo conectado a várias outras pessoas, facilitando o trabalho no dia a dia.

No trabalho da consultora a plataforma é muito importante porque através dela se toma conhecimento do que está acontecendo como, por exemplo, no caso da CGSCAM – era possível saber o que estava sendo desenvolvido, programado, receber os comunicados e as informações eram repassadas de forma imediata a todos os participantes. A plataforma facilita a obtenção e resgate de documentos importantes nos arquivos da biblioteca, também permite a participação em cursos de capacitação à distância, como o curso amamenta e alimenta Brasil.

Com ferramentas específicas a plataforma propicia que cada Grupo de Consultores possa interagir, dirimir dúvidas e compartilhar informações.

No caso do Grupo 1 (G1) que é composto por cinco estados distantes (3 da região sul e 2 da região centro-oeste) e com realidades díspares a plataforma funcionou como principal veículo de comunicação, troca de informações, repasse de conhecimento das experiências vivenciadas nos diferentes Estados. Como o desenvolvimento/organização da Área da Saúde da Criança nesses Estados eram bastante diferentes, nós nos ajudávamos e quem já tinha avançado mais, auxiliava o que estava iniciando. As dificuldades, os entraves eram compartilhados e a superação de uma funcionava como estímulo e impulsionava a outra para prosseguir, contornar o problema e remover as barreiras, resultando no crescimento de todos os envolvidos.

Quando o hiato do tempo entre os encontros dos consultores era grande, a plataforma era o local onde semanalmente o G1 se reunia para trocar informações e porque não dizer para matar a saudade. Toda terça-feira à noite lá estavam no mínimo as cinco consultoras estaduais, a tutora da EBBS, a pesquisadora e a consultora nacional. Naqueles momentos a gente se sentia em casa e quando uma faltava o G1 se preocupava e procurava saber o que havia ocorrido e assim foi na plataforma

que: compartilhamos perdas de pessoas queridas, a chegada de novos integrantes da família, alegrias, sonhos e frustrações.

Para o meu trabalho de consultora a plataforma foi fundamental e acredito que sem ela não teria conseguido realiza-lo a contento.

A plataforma foi a parceira de todas as horas e a companheira nos momentos difíceis da caminhada.

Com relação aos momentos de formação à distância, perante o desafio de formar consultores residentes nos 27 estados brasileiros e com realidades tão distintas, e buscando a operacionalização desse processo de formação, a adoção da plataforma de ensino à distância foi fundamental. Mostrou-se eficaz e um instrumento valioso, não apenas para a formação, como para a gestão e para a pesquisa avaliativa.

No entanto sublinha-se que sua eficácia se deve ao intenso investimento dos tutores e consultores nacionais que, juntamente com a equipe responsável por sua administração, fomentaram e qualificaram esse meio tecnológico. Além do efeito pedagógico, a plataforma tem contribuído para o desenvolvimento de um intenso debate em torno

da construção das políticas de atenção à saúde da criança nos estados, embasando e auxiliando a CGSCAM/MS no acompanhamento dos trabalhos em cada área e difundindo informações estratégicas para todos.

Conclusão

A ferramenta EAD possibilitou acompanhar de ‘perto’ os casos acontecidos no dia a dia no território e como eles afetaram o consultor, permitindo dar suporte para suas angústias e fortalecendo os progressos. Dessa forma, ao longo do processo, conseguiu-se trabalhar em conjunto as dificuldades encontradas através do acolhimento, vínculo, cuidado, intervenção e análise. Então, além de manter em contato os consultores nos períodos entre oficinas de formação presencial, a proposta pedagógica com a plataforma EAD não se restringe apenas a transmitir conhecimentos por meio de textos, mas apoiar o consultor na mudança de práticas. ■

Referências

BARKER, J.; GOSSMAN, P. The learning impact of a virtual learning environment: students' views. *Teacher Education Advancement Network Journal*, v. 5, n. 2, p. 19-38, 2013. Disponível em: <<http://194.81.189.19/ojs/index.php/TEAN/article/viewFile/146/261>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BELLER, M.; OR, E. The crossroad between lifelong learning and information technology: a challenge facing leading universities. *Journal of Computer-Mediated Communication*, v. 4, n. 2, dec. 1998. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.1998.tb00094.x/>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 25 mar. 2015.

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

MEANS, B. *et al. Evaluation of evidence-based practices in online learning: a meta-analysis and review of online learning studies*. Washington, DC: US Department of

Education, 2010.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. M. P. (Org.).
Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis:

a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e
Brasileirinhos Saudáveis para construção de uma
política de atenção integral à saúde da criança. Rio de
Janeiro: Fiocruz, 2013.

Os modos de fazer consultoria: o olhar da gestão para o trabalho dos consultores de saúde da criança nos estados brasileiros

The ways of doing consultancy: the perspective of management for the work of child health consultants in the Brazilian states

Sonia Isoyama Venancio¹, Paulo Germano de Frias², Zeni Carvalho Lamy³, Lillian Cordova do Espírito Santo⁴, Ricardo Cesar Caraffa⁵

¹ Médica. Doutora em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Consultora nacional no projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). soniav@isaude.sp.gov.br

² Médico. Doutor em saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Consultor nacional no projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). pfrias@imip.com.br

³ Médica. Doutora em saúde da criança e da mulher pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Consultora nacional no projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). zenilamy@gmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em medicina social: pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Consultora nacional no projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). lillian_cordova@hotmail.com

⁵ Médico. Mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Consultor nacional no projeto Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). rcaraffa@terra.com.br

RESUMO Em 2012, o Ministério da Saúde, através da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, propôs a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Para isto, elaborou um plano de ação centrado no tripé ‘Formação, Gestão e Pesquisa’, com ênfase na atuação do consultor estadual de saúde da criança nos territórios. Este artigo tem como objetivo analisar a atuação dos consultores estaduais, buscando identificar fortalezas e fragilidades desse processo. Foi realizada análise documental a partir de relatórios de trabalho. Evidenciou-se a diversidade das ações desenvolvidas pelos consultores estaduais, a especificidade de sua atuação e a articulação das ações de saúde da criança em todas as redes temáticas de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Apoio ao planejamento em saúde; Consultores; Gestão em saúde; Saúde da criança.

ABSTRACT In 2012, the Ministry of Health, through the General Coordination of Child Health and Breastfeeding proposed the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care. In order to do that, it was produced an action plan centered on the tripod ‘Training, Management and Research’, emphasizing the role of the state consultant of child health in the territories. This article aims to analyze the performance of state consultants seeking to identify strengths and weaknesses of such process. Document analysis from work reports was conducted. It showed the diversity of actions undertaken by state consultants, the specificity of their action and coordination of child health activities in all issues of health care networks.

KEYWORDS Health Planning Support; Consultants; Health management; Child health.

Introdução

Ocorreram muitos avanços nas condições de vida e de saúde da população brasileira nas últimas décadas, em especial após a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (PAIM ET AL., 2011). As crianças foram particularmente beneficiadas com redução expressiva da mortalidade decorrente de uma multiplicidade de intervenções públicas (VICTORA ET AL., 2011). No entanto, apesar de numerosas ações e programas a elas direcionados, historicamente não existia uma política institucional explícita que incorporasse as diversas atividades relacionadas a este público (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009).

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS), através da Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), propôs a formulação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Para isto, elaborou um plano de ação centrado no tripé 'Formação, Gestão e Pesquisa', com ênfase em dispositivos que fortalecessem as relações interfederativas, criando o Fórum de Coordenadores de Saúde da Criança de estados e capitais, além de um colegiado gestor, com reuniões quadrimestrais.

Adicionalmente, instituiu o apoio temático direcionado a cada uma das Unidades Federadas (UF), função exercida por profissionais de saúde residentes nos territórios que acompanham, denominados consultores estaduais (CE) para saúde da criança. Para viabilizar a formulação e implementação da PNAISC, foi feito intenso investimento na 'Formação', inicialmente, desses consultores. Esse pilar de sustentação da Política buscou instrumentalizar os atores protagonistas sobre um modo de fazer que os habilitasse a intervir nos territórios possibilitando o apoio aos múltiplos coletivos envolvidos na atenção à saúde das mulheres e das crianças, assumindo a inseparabilidade da clínica com a gestão, a corresponsabilização e a cogestão como princípios fundamentais (BARROS; BARROS, 2007; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015).

O estudo sobre grupalidade, cartografia (FERIGATO; CARVALHO, 2011) e cuidado, ao articular a teoria com a prática nos territórios, promoveu

aprendizagens significativas através de processos dialógicos reflexivos. Partindo de casos singulares, favoreceu-se a emergência de questões objetivas, subjetivas, e afloraram sentidos no coletivo que se mostraram essenciais na consolidação de um processo de trabalho cooperativo e solidário interfederativo. Esse processo tinha como objetivo a consolidação de uma política integral direcionada às crianças brasileiras.

Já o pilar 'Gestão', sedimentado em um conjunto de tradições constituídas por programas, projetos e ações socialmente construídos ao longo de décadas no Brasil (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009), buscou a sua integração às novas evidências científicas e às boas práticas relacionadas à atenção à saúde da mulher e da criança. A ênfase na validade dos conteúdos de cada eixo da PNAISC foi agregada a um modo de fazer coletivamente construído e socialmente aceito, que valorizasse as contribuições dos campos e núcleos de saberes. O diálogo perene com o atual momento de pactuação interfederativa, a sintonia com a conformação das diversas redes nas regiões de saúde, respeitando as diferenças e diversidades entre as UF e municípios e valorização da sua autonomia, foram pressupostos do trabalho.

A capilaridade do pilar 'Gestão', com sua inserção nos processos de trabalho dos vários *locus* de atuação das redes que transversalizam a assistência à saúde da criança, da atenção primária à especializada, foi favorecida pela presença de consultores estaduais disponíveis para apoiar a formulação e implementação da PNAISC.

Os consultores estaduais de saúde da criança ao tempo em que induzem o desenvolvimento de ações relacionadas a cada um dos eixos da PNAISC e ao participarem ativamente do processo de construção das redes assistenciais nas regiões de saúde, nas suas UF, pautam a atenção a este grupo populacional, que apesar de reconhecidamente vulnerável tem sido secundarizado. O foco particular nas redes materno-infantil e de urgências e emergência foi pactuado entre os entes federados e considerado pertinente para fazer frente aos perfis sociodemográfico, epidemiológico e de vulnerabilidade do grupo etário que, associado aos paradoxos assistenciais brasileiros,

constitui dificuldades adicionais para que as intervenções sejam efetivas.

O pilar ‘Pesquisa’ foi planejado para possibilitar a avaliação do processo de construção e implementação da PNAISC, com ênfase na contribuição do apoio dos consultores nos estados e nos mecanismos experimentados de gestão interfederativa. Ao buscar o sentido para a compreensão sobre como formular e implementar a PNAISC, algo que interessava aos envolvidos, e ao acatar as múltiplas interrogações, sinergias, antagonismos e paradoxos, pressupôs um processo de elaboração coletiva da PNAISC aberto e tecido através de múltiplas contribuições. Este modo de operar através de uma pesquisa-ação, implicada no processo e nos seus resultados, possibilitou momentos críticos reflexivos que culminaram na incorporação e/ou redirecionamento de proposições e ações identificadas nos três âmbitos do SUS (federal, estadual e municipal) como as mais pertinentes.

Para garantir a unicidade do tripé de sustentação para formulação e implementação da PNAISC, constituíram-se equipes de apoio ao desenvolvimento das ações relacionadas à saúde da mulher e da criança com a formação de cinco grupos constituídos por cinco ou seis UF. Para cada grupo de UF havia um quarteto que apoiava as ações nos territórios, formado

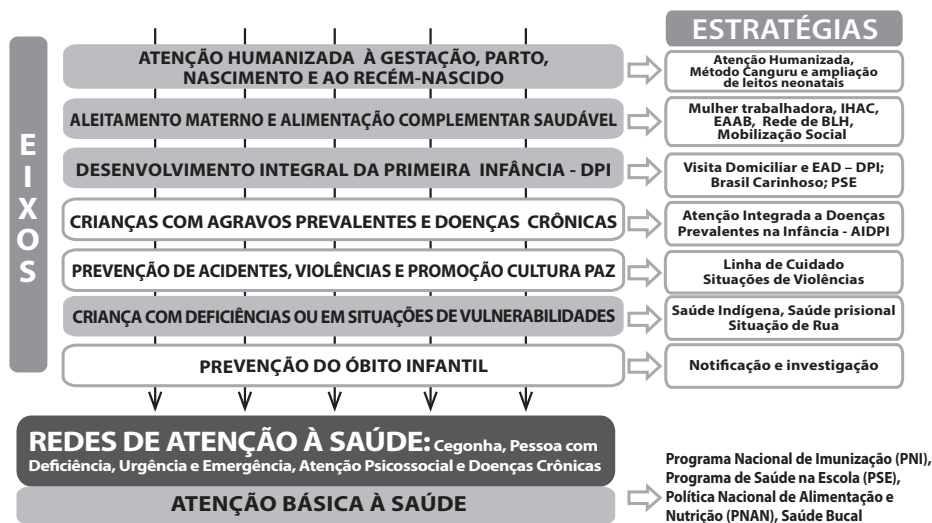
por um tutor da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) vinculados à ‘Formação’, um pesquisador ligado à ‘Pesquisa’, um técnico da CGSCAM e um consultor nacional (CN) relacionado à ‘Gestão’. A estratégia foi orquestrada pelo gestor da CGSCAM e pactuada nos fóruns e colegiados quadrimestrais de coordenadores de saúde da criança de estados e capitais.

Ao explicitar como se dá a atuação dos consultores estaduais e a multiplicidade de contextos nas UF e municípios, espera-se demonstrar a complexidade do processo de trabalho envolvido na formulação e implementação da PNAISC. Este capítulo tem como objetivo analisar a atuação dos consultores estaduais nos territórios buscando identificar fortalezas e fragilidades desse processo.

Métodos

Partiu-se da descrição da proposta de atuação formulada ao início do projeto, da vivência de CN no acompanhamento dos CE nos territórios, da identificação da atuação destes consultores segundo os eixos propostos pela PNAISC (figura 1) e, aspectos facilitadores e dificultadores, sob a ótica dos consultores nacionais.

Figura 1. Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e as principais estratégias em curso



Nota: Elaboração própria

Foram utilizadas fontes secundárias, a exemplo dos relatórios mensais elaborados pelos consultores estaduais, em particular o relatório síntese de agosto de 2014, relatos das oficinas de formação e contribuições nos fóruns da plataforma virtual do projeto.

Nos relatórios mensais dos consultores estaduais, foram obtidas informações relacionadas a três dimensões analíticas priorizadas no trabalho do apoio às UF e municípios: 1- interlocução com as Coordenações de Saúde da Criança de estados e capitais; 2- articulação com outros apoiadores do MS e atuação nas Redes; 3- apresentação de ações e políticas do MS e encaminhamento de demandas dos atores dos níveis estadual e municipal ao MS (papel de *feedback*).

Para cada uma dessas três dimensões, foi descrito o contexto ao longo do mês analisado e seus novos arranjos, as potencialidades, as fragilidades e o planejamento de curto, médio e longo prazo além das demandas de apoio para 'Gestão' e para 'Formação' direcionada ao quarteto responsável pelo grupo de UF.

No relatório síntese de agosto de 2014, os consultores estaduais agregaram às informações supracitadas a situação de cada um dos sete eixos da PNAISC, sendo a principal fonte das informações apresentada como resultado. Os eixos foram: 1- Atenção humanizada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido; 2- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; 3- Desenvolvimento integral da primeira infância; 4- Atenção a crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas; 5- Prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz; 6- Atenção às crianças com deficiências ou em situação de vulnerabilidades; 7- Prevenção do óbito infantil.

A consulta a uma plataforma virtual, um ambiente colaborativo do UniverSUS, disponível no site do Datasus¹, foi realizada de forma complementar para agregar informações incompletas e relevantes para apresentar os dados dos relatórios dos consultores

estaduais.

Para análise sobre as principais contribuições assinaladas pelos consultores estaduais quanto ao trabalho desenvolvido nos territórios, seus relatos foram categorizados e agrupados segundo sentidos atribuídos (MINAYO, 2013).

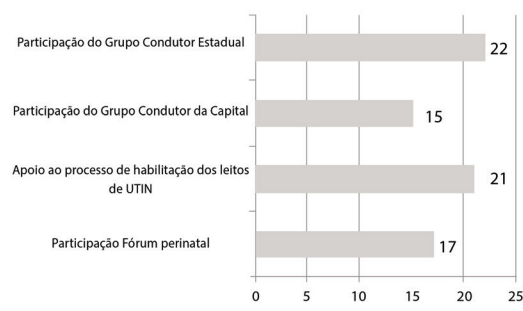
Resultados

Dos 27 relatórios do mês de agosto de 2014 apresentados pelos consultores estaduais, 22 continham dados completos e foram considerados na análise. Realizou-se um balanço das atividades por eles desenvolvidas, segundo cada um dos eixos da PNAISC.

Eixo 1. Atenção humanizada à gestação, parto-nascimento e ao recém-nascido

Duas ações são destacadas neste eixo da PNAISC: a atuação dos CE na implantação da Rede Cegonha e do Método Canguru.

Gráfico 1. Participação dos consultores estaduais de saúde da criança em atividades relacionadas à Rede Cegonha



Notas: Elaboração própria
UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

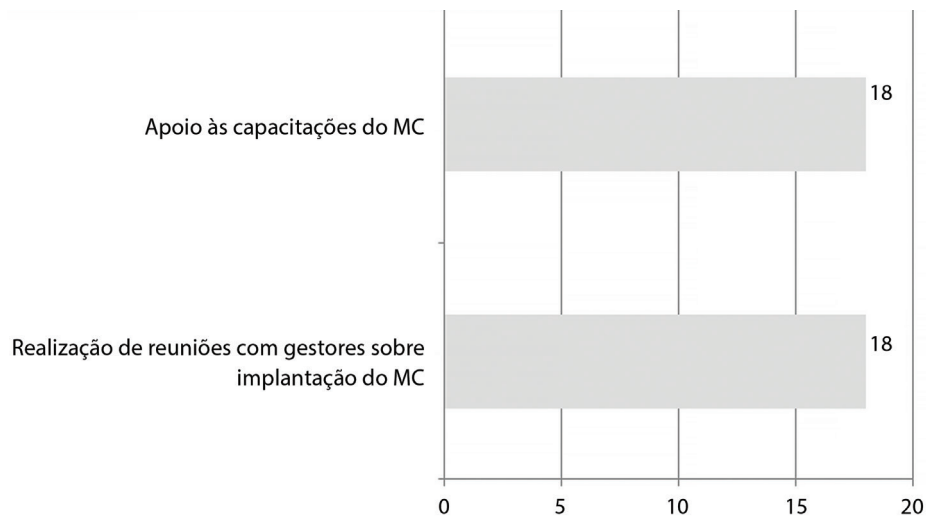
Verificou-se que todos os CE relataram participação nos Grupos Condutores Estaduais da Rede Cegonha, 15 deles nos Grupos Condutores das Capitais. Os CE tiveram também papel fundamental no apoio aos Estados no processo de

¹www.datasus.gov.br/universus

habilitação dos leitos de UTI neonatal. Ainda no contexto de implantação da Rede

Cegonha, 17 CE relataram participação nos fóruns perinatais.

Gráfico 2. Participação dos consultores estaduais de saúde da criança em atividades relacionadas ao Método Canguru



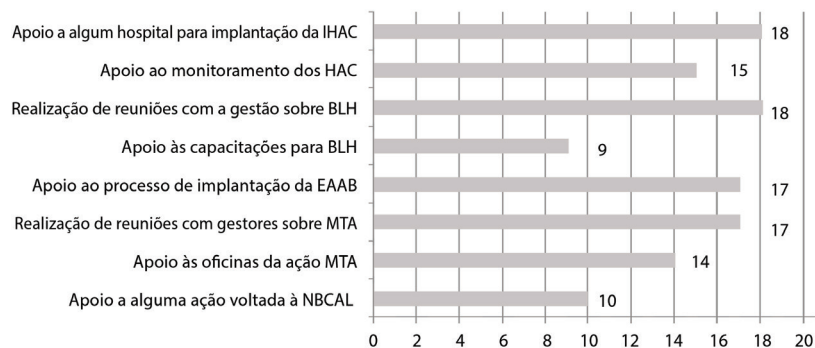
Notas: Elaboração própria
MC - Método Canguru

Em relação ao Método Canguru, 80% dos CE relataram a realização de reuniões com gestores para a implantação desta ação e o mesmo percentual referiu apoio às capacitações para profissionais de saúde.

Eixo 2. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Neste eixo concentra-se a maioria das ações/ofertas do MS aos gestores estaduais e municipais.

Gráfico 3. Participação dos consultores estaduais de saúde da criança em atividades relacionadas à promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável



Notas: Elaboração própria
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
HAC - Hospital Amigo da Criança
BHL - Banco de Leite Humano
EAAB - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
MTA - Mulher Trabalhadora que Amamenta
NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos

Verificou-se que 18 dos 22 CE relataram atuação no processo de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e 15 deles atuaram no processo de monitoramento desses Hospitais, que acontece anualmente e em 2014 atingiu 93% das maternidades. Dezoito CE relataram a realização de reuniões com gestores sobre os Bancos de Leite Humano e 9 também apoiaram capacitações voltadas a profissionais de saúde nesta ação. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, ação mais recente deste Eixo da PNAISC lançada em 2012 em parceria com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), contou com o apoio de 17 CE para sua implantação nos territórios. Da mesma forma, 17 CE apoiaram a realização de reuniões para a implantação de ações voltadas à mulher trabalhadora que amamenta (MTA), especialmente a realização de oficinas para a implantação das salas de apoio à amamentação nas empresas (14 CE). A ação em que houve menor atuação dos CE, em 2014, foi o monitoramento da Norma Brasileira de Comercialização de

Alimentos para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), na qual apenas 10 CE relataram apoio a esta ação.

Eixo 3. Desenvolvimento integral da primeira infância

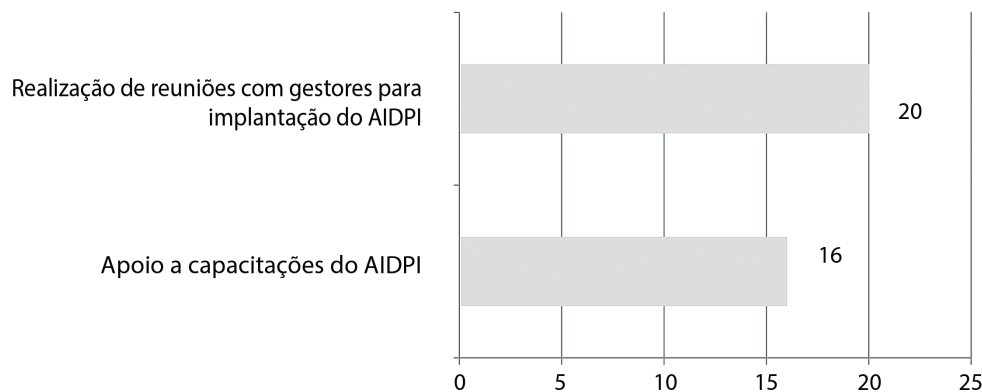
As atividades relacionadas a este eixo da PNAISC dizem respeito, principalmente, às ações voltadas à Andi (Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil), desenvolvidas em parceria com a CGAN.

Verificou-se que, embora seja uma ação ainda incipiente, 18 CE relataram apoio a ela.

Eixo 4. Crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas

A ação mais expressiva do eixo 4 da PNAISC consiste na implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que contou com o apoio de 20 CE em reuniões com gestores e 16 CE na realização das capacitações de profissionais de saúde.

Gráfico 4. Participação dos consultores estaduais de saúde da criança em atividades relacionadas à implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)



Notas: Elaboração própria

Eixo 5. Prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz

O eixo 5 da PNAISC propõe o desenvolvimento

de ações voltadas à prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz e tem como principal estratégia a implantação da Linha de Cuidado para a Atenção

Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Verificou-se que 19 dos 22 CE relataram atuação neste eixo.

Eixo 6. Crianças com deficiência ou em situação de vulnerabilidade

Dezesseis CE relataram apoio a ações voltadas às crianças com deficiência ou em situação de vulnerabilidade, dentre as quais merecem destaque aquelas relacionadas às crianças indígenas e filhos de mães em situação prisional.

Eixo 7. Prevenção do óbito infantil

Em relação ao eixo prevenção do óbito infantil, 20 CE relataram participação em reuniões para a implantação e/ou fortalecimento dos Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil e o mesmo número participou das reuniões dos Comitês.

A seguir, apresenta-se a análise de uma das questões abertas do relatório do mês de agosto, a qual indagava, na percepção dos CE, quais seriam os principais destaques em relação à sua atuação. As principais contribuições foram classificadas de acordo com as três dimensões analíticas priorizadas no trabalho do apoio às UF e municípios.

INTERLOCUÇÃO COM AS COORDENAÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA DE ESTADOS E CAPITAIS

Os consultores consideram como uma das principais contribuições de seu trabalho o papel que tiveram na aproximação entre as coordenações de saúde da criança da capital e do estado, uma vez que em vários locais havia pouca articulação efetiva entre essas duas coordenações. Dessa forma, os consultores promoveram a integração entre os diferentes atores envolvidos com a saúde da criança no território. Em alguns locais, o consultor teve papel importante no apoio e suporte aos novos coordenadores estaduais

de saúde da criança e no estímulo aos técnicos da área, que se sentiam pouco apoiados pelos gestores.

Também foi destacado o papel do consultor como elo entre a coordenação de saúde da criança do estado e as maternidades de alta complexidade e a oportunidade de dar visibilidade às ações da área de saúde da criança em diferentes espaços.

ARTICULAÇÃO COM OUTROS APOIADORES DO MS E ATUAÇÃO NAS REDES

Com o foco na implementação da PNAISC, o consultor participou do grupo de apoio integrado do estado e teve importante papel na articulação entre as redes estaduais e municipais para a organização da atenção à criança nos diferentes níveis de atenção, como urgência e emergência, saúde indígena e Rede Cegonha.

Em especial, os consultores estimularam o fortalecimento do componente saúde da criança na Rede Cegonha, de diferentes formas, como participação nos fóruns estaduais e municipais, auxílio na elaboração do fluxograma articulando com as demais redes de atenção e ativa participação no monitoramento e avaliação das maternidades contratualizadas na Rede Cegonha.

Além disso, foi dado apoio às maternidades prioritárias para a implantação e implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, da assistência qualificada aos recém-nascidos de muito baixo peso, da humanização da assistência e das mudanças no processo de trabalho.

APRESENTAÇÃO DE AÇÕES E POLÍTICAS DO MS E ENCAMINHAMENTO DE DEMANDAS DOS ATORES DOS NÍVEIS ESTADUAL E MUNICIPAL AO MS (PAPEL DE FEEDBACK)

A partir da realização da cartografia dos territórios, os consultores identificaram as potencialidades e fragilidades dos estados para a implementação da PNAISC. A participação

do consultor no planejamento, implementação e monitoramento dos planos de atenção à saúde da criança dos estados foi uma oportunidade de divulgar a agenda da primeira infância e estimular os estados para a formação de coletivos nos espaços de atendimento à gestante, puérpera e criança (método canguru, erradicação do sub-registro civil, implementação de boas práticas obstétricas e neonatais).

A presença ativa dos consultores nos estados contribuiu para a criação e/ou fortalecimento dos fóruns perinatais, comitês de mortalidade materna, infantil e fetal, comitês de aleitamento materno e alimentação complementar saudável e câmaras técnicas de saúde da criança.

Os consultores participaram ativamente da construção dos planos de habilitação dos leitos neonatais, que envolveram inclusive obras e compra de equipamentos, em parceria com as apoiadoras da Rede Cegonha e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Destacaram também sua participação no processo de regulação e credenciamento dos leitos obstétricos de gestação de alto risco (GAR) e neonatais de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa).

Os consultores destacaram, também, sua contribuição para a implementação das diferentes estratégias e ações propostas pela CGSCAM, por meio das atividades educativas oferecidas, como oficinas de formação de tutores para o Método Canguru, para a estratégia Amamenta a Alimenta Brasil e para o AIDPI Neonatal. Além disso, deram apoio técnico para a implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, (Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Método Canguru, Rede Estadual de Bancos de Leite Humano) e para as demais ações e estratégias propostas pela CGSCAM e pelo Ministério da Saúde, como fortalecimento da triagem neonatal e qualificação da

atenção neonatal nas maternidades contratualizadas na Rede Cegonha.

Discussão

Diante dos resultados encontrados, em relação à sua participação nas atividades da Rede Cegonha, destacou-se uma maior participação junto a ações das Secretarias Estaduais, mas isso pode estar relacionado a uma menor demanda por parte das secretarias municipais das capitais.

Ressalta-se que a inserção dos consultores estaduais se deu em todas as ações relacionadas aos sete eixos da PNAISC, sendo que algumas com maior densidade de atuação, a exemplo do Método Canguru e Aleitamento Materno.

Durante todo o período do projeto, foram desenvolvidas ações relacionadas ao apoio a gestores (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015) na implementação das ações da PNAISC, tanto do ponto de vista operacional como no apoio às capacitações voltadas aos profissionais de saúde, mesmo nas ações mais incipientes da Política, como o desenvolvimento integral na primeira infância, crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas; prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura da paz e crianças com deficiências ou em situação de vulnerabilidades.

A análise dos dados qualitativos dos relatórios deixou evidente a diversidade das ações desenvolvidas, destacando a especificidade da atuação dos consultores articulando as ações de saúde da criança em todas as redes temáticas de atenção à saúde.

Na visão dos consultores nacionais, alguns fatores foram considerados dificultadores do processo de trabalho dos consultores estaduais. Observou-se, no início do processo, a não aceitação por parte de alguns gestores do papel do CE e a falta de entendimento, por vezes, desse papel.

Os diferentes perfis dos consultores estaduais, incluindo diferentes graus de inserção e experiência na área de saúde da criança e

competência relacional, levaram a diferentes formas de atuação no território. Outra questão que dificultou o processo de trabalho foi o fato de que os CE atuavam em tempo parcial, com contratos de 20 horas semanais, o que por vezes era insuficiente diante das demandas dos territórios.

O processo de formação dos CE coordenado pela EBBS, favorecendo a grupalidade e criação de vínculos, foi determinante para os resultados alcançados. Além disso, o apoio constante dos consultores nacionais, tutores da EBBS e referências técnicas da CGSCAM, por meio da Plataforma UniverSUS e os encontros regulares de

formação e as reuniões do Fórum dos Coordenadores de Saúde da Criança, foram facilitadores da articulação entre os diferentes atores dos territórios.

O apoio institucional e de serviços é um dispositivo que vem ganhando destaque na implementação das políticas no âmbito do SUS (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). Espera-se, com este relato, contribuir para o aprimoramento da atuação de consultores temáticos nos territórios, bem como para a implantação dos eixos da PNAISC, aprovada na Comissão Intergestores Tripartite em dezembro de 2014. ■

Referências

- BARROS, M. E.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATOS, R. A. *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007, p. 75-84.
- BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dez. 2011.
- CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. 402 p.
- FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-75, jul./set. 2011.
- FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, p. 85-110.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 406 p.
- OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. saúde colet.* Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 229-238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en>. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. Acesso em: 14 out. 2015.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, p. 9-28, 2011.
- VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, may 2011.

PORTARIA 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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 227 da Constituição Federal de 1988, que define como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências; Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos; Considerando a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual;

Considerando o Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, que promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança; Considerando o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, que estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências; Considerando a Portaria nº 1.058/GM/MS, de 4 de julho de 2005, que institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de

Atenção à Saúde (RAS) no âmbito SUS;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF), e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.362/GM/MS, de 17 de outubro de 2012, que institui Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, que institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

Considerando a Portaria nº 485/GM/MS, de 1º de abril de 2014, que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.153/GM/MS, de 22 de maio de 2014, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 2.446/GM/

MS, de 11 de novembro de 2014, que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); Considerando a Portaria nº 371/SAS/MS, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS;

Considerando os compromissos internacionais dos quais o Brasil é signatário, especialmente as metas quatro e cinco dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000);

Considerando as ações de aleitamento materno desenvolvidas no país, em mais de quatro décadas, e as evidências científicas sobre seu impacto na redução da morbimortalidade infantil, no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta;

Considerando o desafio de garantir acesso às ações e serviços de saúde às crianças de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, tais como as crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, residentes nas águas e nas florestas e crianças em situação de rua e de violência;

Considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos desta Política para promover a integralidade do cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção, alinhando com a definição das condições estruturais necessárias para a implementação em todas as esferas de gestão do SUS; e

Considerando a pactuação ocorrida na 8ª reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 11 de dezembro de 2014, resolve:

Art. 1º Fica instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

(PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Art. 3º Para fins da PNAISC, considera-se:

I - criança: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e

II - primeira infância: pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses.

Parágrafo único. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, 192 (cento e noventa e dois) meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

Art. 4º A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios:

I - direito à vida e à saúde;

II - prioridade absoluta da criança;

III - acesso universal à saúde;

IV - integralidade do cuidado;

V - equidade em saúde;

VI - ambiente facilitador à vida;

VII - humanização da atenção; e

VIII - gestão participativa e controle social.

Art. 5º A PNAISC possui as seguintes diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças:

I - gestão interfederativa das ações de saúde da criança;

II - organização das ações e serviços na rede de atenção;

III - promoção da saúde;

IV - fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;

V - qualificação da força de trabalho do SUS;

VI - planejamento e desenvolvimento de ações;

VII - incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;

VIII - monitoramento e avaliação; e

IX - intersetorialidade.

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados:

I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção;

II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável: estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis;

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da “Caderneta de Saúde da Criança”, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas: consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível;

V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz: consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território;

VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; e

VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno: consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a

avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

Art 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais;

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru”;

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade;

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e VII - as triagens neonatais universais.

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);

II - a Estratégia Nacional para Promoção

do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e

VI - a mobilização social em aleitamento materno.

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

I - a disponibilização da “Caderneta de Saúde da Criança”, com atualização periódica de seu conteúdo;

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e

III - o fomento da atenção e internação domiciliar.

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção

integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;

II - a implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”;

III - a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Art. 14. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território.

Art. 15. Compete ao Ministério da Saúde:

I - articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais;

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança;

III - propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC;

IV - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde;

V - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS;

VI - fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento;

VII - monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão;

VIII - apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC;

IX - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;

X - estimular, apoiar e participar do

processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e

XI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Art. 16. Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades loco-regionais e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde;

II - desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando a divulgação da PNAISC e a implementação das ações de atenção integral à saúde da criança;

III - prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança;

IV - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber;

V - monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão;

VI - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não

governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;

VII - estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e

VIII - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Art. 17. Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios:

I - implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde, e no Planejamento Regional;

II - promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber;

III - monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;

IV - promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;

V - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e

VI - designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Art. 18. O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS.

Art. 19. O processo de monitoramento e avaliação da PNAISC ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. Parágrafo único. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal.

Art. 20. A PNAISC contará com documento orientador para sua implementação a ser disponibilizado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) no sítio eletrônico www.saude.gov.br/crianca.

Art. 21. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

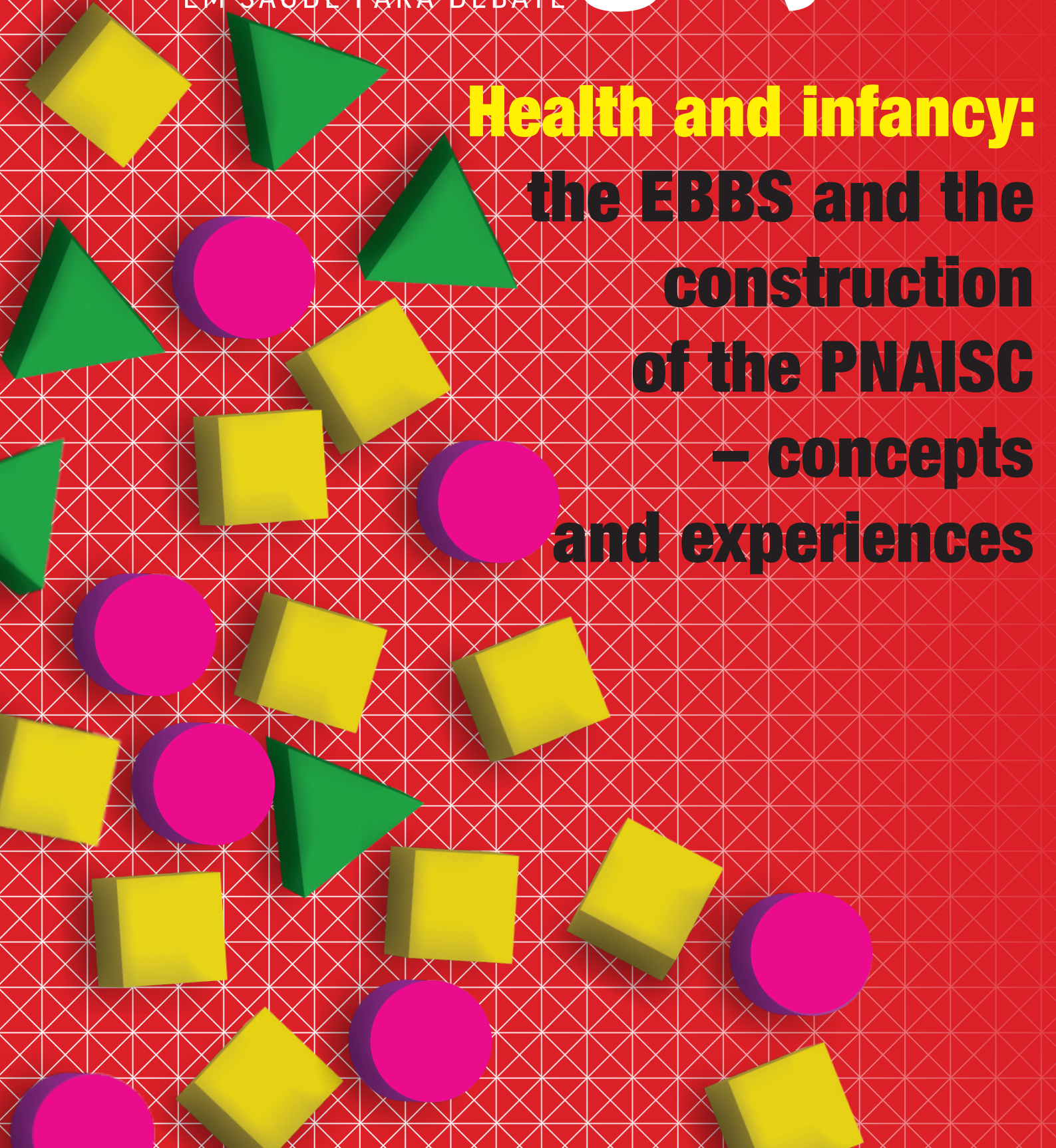


REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

**Health and infancy:
the EBBS and the
construction
of the PNAISC
– concepts
and experiences**





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

N. 53 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, JANUARY 2016



5	EDITORIAL		
			Liliane Mendes Penello, Selma Eschenazi do Rosario
8	PRESENTATION		
	OPINION ARTICLE		
11	Women's, children's and adolescents' health in the context of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development		
			Paulo Marchiori Buss, Regina Ungerer
	ESSAY		
25	From the paradigm of domination to the paradigm of care		
			Carlos Alberto Plastino
	CASE STUDY		
41	<i>Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): reasons and affections of a strategic path advocating a National Policy for Comprehensive Child Health Care</i>		
		59	Cartography, groupality and care: conceptual operators of the process of formation of the <i>Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis</i>
			Marisa Schargel Maia, Luciana Bettini Pitombo, Selma Eschenazi do Rosario, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira, Elizabeth Cruz Müller
		76	EAD platform: a tool that brings people closer
			Liliana Maria Planel Lugarinho, Flávia Costa Figueiredo, Sheila Paula da Silva Ferreira
			ORIGINAL ARTICLE
		87	The ways of doing consultancy: the perspective of management for the work of child health consultants in the Brazilian states
			Sonia Isoyama Venancio, Paulo Germano de Frias, Zeni Carvalho Lamy, Lilian Cordova do Espirito Santo, Ricardo Cesar Caraffa

Editorial

WHEN, IN 1976, A group of young sanitarians met with some other health care professionals to found the *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), the public Primary Health Care network consisted of a small number of health centers generally administered by State Health Departments. Those units, mostly, provided scarce prevention actions through a maternal and child health still considered precarious. Throughout the fight for health reform, then started, and the implementation of the Unified Health System (SUS), that situation was substantially transformed. There are currently around 40 000 Family Health Teams, covering more than 60% of the population, and about 40 000 Basic Health Units. In contrast to the traditional health centers, Family Health Teams or Basic Health Units tried to meet people in all their life cycles. Among the different life cycles, the extreme ones – childhood and senescence – are the periods of greatest vulnerability.

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

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

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

The seemingly contradictory situation of the SUS is not merely a result of the complexity of the process of creating a new health system. Undoubtedly, the maturation of this process is relatively long when implying: the creation of a new infrastructure, the training of health professionals, the application of new technologies, the introduction of new models of management and care, and the substantial increase of financial resources. However, this does

not sufficiently explain the current implementation stage of the SUS, neither does it derive from the fact that, when created, there was already a market for private health insurance and establishments. Nor does it follow from the lack of political will from the public health sector, as there are obvious efforts from the Ministry of Health, State and Municipal Health Secretariats, Municipal, State, and National Health Councils, and civil society sectors to advance and give concreteness to the principles of the SUS. One of the many examples is the joint initiative of the Ministry of Health and the Oswaldo Cruz Foundation when deciding, in 2007, to work a strategy – later renamed *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) – with the ultimate goal of contributing to the formulation and the implementation of a national coverage policy aimed at the comprehensive health care of children, mainly considering Article 227 of the Federal Constitution, which dedicates to Brazilian children priority in all care actions.

There are several factors that hold back the advance of the SUS, among which, two are worth highlighting: the lack of a broad political base on that defense, and a neoliberal hegemonic policy, which promotes the privatization of health, making it a commodity to be consumed.

Brazilian elites have been presenting themselves averse to social policies: sections of the middle class have been resisting the redistribution of income and the construction of a society based on citizenship and prefer to maintain a focus on differentiated health through private health plans. In contrast, labor unions are fighting, since the 1970s, for corporate health plans maintained by the companies, which use them as ‘benefits’ for their employees.

The current economic crisis, largely manufactured by the media which behaves as representative of true political parties, the financial capital crisis, and of the Brazilian economic elites, implies significant threats to redistributive policies and to the construction of a fairer society. In the wake of the finance capital hegemony, the pressure for the privatization of public services grows, as well as for the reduction of spending on public policies. In that context, the first threat to the SUS is the aggravation of chronic underfunding.

However, the crisis also has another side. The rise in unemployment and the reduction of household income may increase the number of people without access to health insurance. And if, according to media, the increased demand for the SUS would worsen that what is already bad, that could actually cause more pressure to the accomplishment of the right to health and the improvement of the system. That pressure, from our perspective, could strengthen the persistent struggle of social movements for the advancement of democracy, of a more just and equitable society, and in defense of maintaining the social rights guaranteed by the Federal Constitution, also promoting new forms of solidarity and social belonging in broad sectors of the population.

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

It is essential to highlight in this successful initiative between the General Coordination of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health and the National Institute of Women, Children and Adolescents’ Health Fernandes Figueira of the Fiocruz a bold and innovative aspect not only in the formulation of politics, in the participatory methodology of its construction, based on respect for the collective of agents with which it relates, strengthening

the inter-federative pact for its consolidation, but also its content, permeated by notable humanizing principles, including the life facilitating environment, created and developed with so much expectation by the EBBS.

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

A construction that targets a healthy society, a healthy world, that the third millennium brings as a challenge to incarnate the essential care among the inhabitants of this planet. We want, thus, to stimulate the curiosity of the readers to seek an approach exercise between this initiative – its theoretical and conceptual contents, its way of doing, and the results already obtained, in addition to those which we want to project – and the recent document released by the United Nations, with the 2030 Agenda. It presents the Sustainable Development Goals (SDGs) aimed at children and their caregiver networks, including teenagers who were not included in the Millennium Development Goals (MDGs), analyzing what it will take so that countries and, of course, our Brazil can reach them.

Enjoy your reading!

Cornelis Johannes van Stralen

President of Cebes

Ana Maria Costa

National Director of Cebes

Liliane Mendes Penello

Coordinator of the Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis

Presentation

COMPOSED OF PROFESSIONALS FROM various segments of health involved with the cause of childhood, this magazine symbolizes another step in improving the quality of life of our little Brazilian boys and girls, as well as their families. It represents yet another effort in strengthening early childhood protection policies.

The authors who contributed to this periodical all work in public institutions, whether in management position, as researchers and professors who develop their work in universities, or in the direct assistance sphere to this population. They are true militants in searching for solutions, often quite complex ones, which challenge the adoption of standards of biological, emotional, educational, cultural, social, and economic equity. All that considering the richness of our population diversity, the continental dimension, and the regional differences that make the numerous Brazilian childhoods.

It is over those countless childhoods that we need to lean. We know that the period that goes from gestation up to 6 years of age, known as early childhood, is crucial for healthy development, be it observed from a physical, emotional, or mental standpoint. We also know that, for as long as children are treated in a fragmented manner, without links between the spheres that accompany them, their maturation process will not be facilitated. The *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) has been long raising those issues, emphasizing on the importance of integration of all involved in that process, paying particular attention to the strengthening of the agreements between managers of the governmental sphere and also among civil society.

Long before the crowning of this entire process, with the publication of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (*Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança* – PNAISC), through Ordinance GM 1.130, of August 5 2015, the EBBS already inspired the implementation of public policies pro-early childhood. From the close partnership with the Technical Area of Child Health and Breastfeeding (*Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno*), the strengthening of the inter-federative pact was already a priority. The discussions on the importance of maintaining a growth facilitating emotional environment, with emphasis on the loving bond, as well as intersectoriality as a key factor for the successful development of our children in its fullness, were already constituted as one of the work pillars of the EBBS.

The efforts to make PNAISC real come up precisely from the need to integrate not only the levels of care and the various networks, but also to systematize and coordinate the different actions, programs and policies in the child health field in Brazil. In that sense, the experience built by the EBBS made a difference in the methodological support for the development of PNAISC.

Here, in the following pages, are considerations of this work, enriched by the participation of invited authors that have always accompanied and contributed in this journey, associated with the reports and presentation of the themes addressed by professionals who have had active participation in this close partnership between the General Coordination of Child

Health and Breastfeeding (Ministry of Health) and the National Institute for the health of the Woman, Child, and Adolescent Fernandes Figueira (IFF / Fiocruz), through the EBBS. I invite you, dear reader, to look into and share these reports. The dissemination of this successful experience will contribute to face the many challenges that still surround the Comprehensive Care of Child Health.

In the first article, Paulo Marchiori Buss and Regina Ungerer describe the results of global efforts aligned to the Millennium Development Goals (MDGs) and the goals achieved by the countries in general. They highlight mainly goals 4, 5 and 6, related to maternal and child health, and show an overview of what has happened and what is expected to happen with the 2030 agenda of the United Nations, which will base all actions between 2016 and 2030 aimed at the child and its care network, also including teenagers, who were not contemplated at the time of the MDGs. With the Sustainable Development Goals (SDGs) expressed on the 2030 agenda, they analyze the main challenges to be faced so that countries, including Brazil, can reach those objectives.

Then, Carlos Alberto Plastino offers us the opportunity of a fundamental theoretical reflection to understand the philosophical underpinnings that guide this project, presenting 'From the paradigm of domination to the paradigm of care'. The author discusses the central features of what he calls 'paradigm of domination', indicating its deep roots in the patriarchal domination and in the consolidation of the fundamental beliefs of modernity, its constituent dualisms and the consequent devaluation of nature, of women, and of feelings. He confronts those characteristics with what he calls 'paradigm of care', understanding by such, in addition to the attitude that the word evokes, an important form of inter-subjective relationship responsible not only for the constitution of subjects, but also for the configuration of the deep ties that underlie the social fabric. In that context, he briefly discusses the emergence of constituent elements of this new paradigm in the context of the accelerating decay of the patriarchal domination and of a profound transformation of the role of the woman in contemporaneity.

In the third article, '*Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*: about the reasons and the affections of this strategic course in defense of a National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC)', Liliane Mendes Penello and Selma Eschenazi do Rosario search for the meaning of the term 'strategy', in a given historical period, initiating that discussion with theoretical and conceptual contributions, linking them to the paradigm of care and to the production of health in the third millennium. The focus is on the second phase of this research-intervention, which seeks to answer two main questions: why does the field of Health, focusing on the production of health, require strategic proposals to contribute to the formulation and implementation of a public policy that aims at the comprehensive care of children and their caregivers? And, being it a strategic construction, which tactics were prioritized to propose resolute actions to confront the inequities linked to this agenda? On the 'how to do', they bring the EBBS experience in the training of health professionals, prioritizing relational technologies as basis for innovation. The strengthening of the inter-federative pact between actors of the three levels of the federation with the participation of civil society resulted in the formulation of the PNAISC, a public policy that recognizes full child development as a priority agenda to be considered for the sustainable development of the country.

After that, we have the article 'Cartography, groupality and care: conceptual operators of the process of qualification of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*', in which the authors Marisa Schargel Maia, Luciana Bettini Pitombo, Selma Eschenazi do Rosario, Jane Gonçalves Nogueira, and Elizabeth Müller, from the experience of EBBS, describe and systematize a training proposal in the field of health education, here incarnated in the training

process of Child Health State Consultants. To this end, a methodology was developed based on three conceptual operators, dynamically interconnected: the cartography as a process of entrance, knowledge and recognition of the territory, the use of groupality as an action device, and the ethical dimension of care. It should be noted the specific way to do that prioritizes the inclusion of the sensitive dimension in the qualification process.

Liliana Planel Lugarinho, Flavia Figueiredo, and Sheila Paula da Silva Ferreira write the article entitled 'EAD platform: a tool that brings people closer', in which the authors describe the experience of using a virtual platform to enhance the formulation and implementation of the PNAISC. The narrative clarifies in what way a tool considered 'hard' can be transformed to keep alive the bond between the members of a collective. In it, they present the work methodology created, the changes made over time, the difficulties found, and reports of experience from the people who use the platform. It also seeks to show that, although Brazil has continental dimensions, it was possible to mold a tool for the approximation of a work team, uniting commitment, technical capacity, and affection. It is proposed a new way of doing and giving support for the challenges of the actions in the territories.

The article 'The ways of doing consultancy: the perspective of management on the work of child health consultants in the Brazilian states', from Sonia Ioyama Venancio, Paul Frias Germano, Zeny Carvalho Lamy, Lilian Cordova do Espírito Santo, and Ricardo Cesar Carafa, aims to analyze the performance of state consultants of the Ministry of Health linked to the General Coordination of Child Health and Breastfeeding, seeking to identify the strengths and weaknesses of this process. Document analysis from work reports was conducted. It showed the diversity of actions undertaken by state consultants, the specificity of their actions, and the articulation of child health activities in all health care theme networks.

Ending this publication, you can consult the text of Ordinance GM 1.130, of August 5 2015, which brings the PNAISC, the main product of extensive and intensive work done in this joint initiative CGSCAM/EBBS. This policy is presented with great satisfaction and expectation of sharing, dissemination, and effective contribution to the necessary changes for the prioritization of a careful and comprehensive attention to our little Brazilian boys and girls.

Enjoy your reading!

Carlos Maurício de Paulo Maciel

Diretor do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Women's, children's and adolescents' health in the context of the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development

Paulo Marchiori Buss¹, Regina Ungerer²

Introduction

The Heads of State and Government of the United Nations Member States have met at the United Nations Sustainable Development Summit, from 25th to 27th September 2015, at the United Nations Headquarters in New York. On the occasion, they decided on the terms of the 2030 Sustainable Development Agenda and on the Sustainable Development Goals (SDG).

Table 1. Sustainable Development Goals (SDG)

1. End poverty in all its forms everywhere
2. End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture
3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages
4. Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong opportunities for all
5. Achieve gender equality and empower all women and girls
6. Ensure availability and sustainable management of water and sanitation for all
7. Ensure access to affordable, reliable, sustainable and modern energy for all
8. Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment and decent work for all
9. Build resilient infrastructure, promote inclusive and sustainable industrialization and foster innovation
10. Reduce inequality within and among countries
11. Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable
12. Ensure sustainable consumption and production patterns
13. Take urgent action to combat climate change and its impacts
14. Conserve and sustainably use the oceans, seas and marine resources for sustainable development
15. Protect, restore and promote sustainable use of terrestrial ecosystems, sustainably manage forests, combat desertification, and halt and reverse land degradation and halt biodiversity loss
16. Promote peaceful and inclusive societies for sustainable development, provide access to justice for all and build effective, accountable and inclusive institutions at all levels
17. Strengthen the means of implementation and revitalize the Global Partnership for Sustainable Development

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) and Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Academia Nacional de Medicina (ANM) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil. buss@fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (CBTms) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil. regina.ungerer@fiocruz.br

As had occurred at the Millennium Summit and on the Millennium Development Goals (MDGs) in 2000, women, children and adolescents were also contemplated in this Conference, considered the most important meeting on global policy and development; and health continues to receive special attention from the most important world political leaders.

This article intends to present women's, children's and adolescents' health worldwide situation that justify maintaining the issue as a priority in the new global pact; to analyze the achievements of the Millennium Development Goals regarding health (MDGs 4, 5, 6); and approach the insertion of this group in the new world pact that has been established for the next 15 years. Firstly, though, it intends to discuss conceptual issues on sustainable development and the group comprising women, children and adolescents as part of that development.

Sustainable development

The most publicized sustainable development concept is that of the United Nations World Commission on Environment and Development (BRUNDTLAND COMMISSION, 1987, P. 16), of 1987, defining it as “the development that meets present needs, not compromising the ability to meet the needs of future generations”.

Nevertheless, a sustainable development that meets future needs requires the balance and convergence of three pillars: economic development, social equity and environmental protection. This concept has its basis on the Earth Summit, the Rio 92; it was reaffirmed at the Johannesburg Summit (2002); and was consolidated at the United Nations Conference on Sustainable Development, Rio+20, that took place in 2012. The final document of the Conference, ‘The Future we Want’, refers to sustainable development recognizing that:

Poverty eradication, changing unsustainable and promoting sustainable patterns of consumption and production and protecting and managing the natural resource base of economic and social development are the overarching objectives of and essential requirements for sustainable development. [...] reaffirms the need to achieve sustainable development by promoting sustained, inclusive and equitable growth, creating greater opportunities for all, reducing inequalities, raising basic standards of living, fostering equitable social development and inclusion, and promoting the integrated and sustainable management of natural resources and ecosystems that supports economic, social and human development while facilitating ecosystem conservation, regeneration and restoration and resilience in the face of new and emerging challenges (UNITED NATIONS, 2012, P. 2).

Women's, children's and adolescents' health and sustainability

In 2010, the United Nations Secretary-General launched a global strategy to stimulate actions that would accelerate women's and children's health development. He highlighted the need to contribute to improving the performance of 75 countries in which 98% of maternal and child deaths were most prevalent.

With programs that emphasize ‘every woman and every child’ and the international community's commitment, there was an immediate response and the new worldwide engagement contributed to enhancing the MDGs 4 and 5.

The 2030 global agenda broadened the strategy and included the adolescents, aiming at ensuring their rights to health, well-being and education and, above all,

creating opportunities to enable them to develop their full potential and to reach participation in society when becoming adults.

The investment in human capital and, especially, in the life cycle, beginning with the children, will be the way to attain high levels of health and physical, mental and social well-being at all ages. Jeffrey Sachs (2015) highlights in his book 'The age of sustainable development' that early infancy is extremely important, not only because it is the moment when we learn many of the needed social and human abilities, but also because it is the moment for brain formation. Moreover, an individual's health at each stage of life affects health at other stages and has cumulative effects for the next generation (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Two recent longitudinal studies using neuroimages to follow children's brain development suggest that poverty has a corrosive influence on language, memory and learning development (HAIR ET AL., 2015; NOBLE ET AL., 2015). Similar data from the United Kingdom demonstrate that adversities in early childhood are associated with high levels of child depression and anxiety, as well as with brain alterations in adolescents (JENSEN ET AL., 2015).

Despite the positive results and progress achieved with the MDGs, a large number of women, children and adolescents worldwide have yet very little or no access to health services, adequate nutrition, or access to education, drinking-water and basic sanitation.

The world population from 0 to 24 years of age (42.3%) (WORLDMETERS, 2015) is exposed to several risk factors that, either isolated or interlinked, affect their health. Complications of pregnancy and childbirth, unwanted pregnancy, communicable and non-communicable diseases, mental illness, traumatism, violence, malnutrition; and the lack of access to quality health-care services and life-saving commodities, associated with poverty, gender inequality (manifested

in discrimination in laws, policies and practice) and marginalization (based on age, ethnicity, race, national origin, immigration status, disability, sexual orientation and other grounds) that are all human rights violations.

As a result, the world counts 289 thousand maternal deaths, 2.6 million stillbirths; 2.7 million neonatal deaths, included in the 5.9 million under-five child deaths; and 1.3 million adolescents deaths. Not including diseases or incapacitating disabilities, and the impossibility of full potential achievement, resulting in great losses for future generations (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

The social and economic benefits of investing in women's, children's and adolescents' health are clear, unquestionable and evidence-based (STENBERG ET AL., 2014) THE STATE OF WORLD POPULATION 2014, 2015), with emphasis on poverty reduction, economic development and productivity increase.

Child health challenges

The high mortality rates of newborns, the uneven access to life-saving interventions, and health problems of children under the age of five reflect inadequate social and economic development. Poverty, poor nutrition and insufficient access to clean water and basic sanitation are all factors that contribute for this inadequacy, as is the lack of access to quality health services that offer essential care for newborns. Child development care, vaccines and treatment of common childhood illnesses are essential for children's healthy growth and survival.

According to the World Health Organization (WHO), 2.6 million babies die in the last 3 months of pregnancy or during childbirth (stillbirths) and 2.7 million newborns die every year, and 60% to 80% are premature or small for the gestational age. In addition, less than 40% of infants are exclusively breastfed up to 6 months; and 5.9

million children under the age of five died in 2014 from mostly preventable causes, of which 43% due to infectious diseases such as pneumonia, diarrhoea, sepsis and malaria (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

One in every three children globally (about 200 million) fails to reach their full potential due to poverty, insufficient stimulation, inadequate care and poor nutrition. Nearly half of under-five child deaths are directly or indirectly related to malnutrition. Globally, 25% of children are hindered from attaining full development and 6.5% are overweight (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Adequate development during early childhood, particularly during the first three years, enables children to develop their physical, cognitive and language characteristics, as well as their socio-emotional potential. This reflects on their entire lives, especially on health, sociability, economic outcomes and criminality reduction (HECKMAN, 2015).

Adolescent health challenges

Globally, millions of adolescents become sick or die from preventable causes. Few have access to information or to integrated youth-friendly services, and especially to sexual and reproductive health counseling without facing discrimination. In many settings, adolescents of both genders face social or legal barriers that harm their mental, emotional and physical health. Among adolescents living with disabilities and/or in crisis situations, the barriers are even greater (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

In 2012, 1.3 million adolescents died worldwide from preventable or treatable causes. Most deaths were caused by road traffic accidents, HIV, suicides, respiratory infections and interpersonal violence. Among adolescent girls aged from 15 to 19, most death causes are suicide and complications during pregnancy and childbirth

(EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015). Moreover, 80% of adolescents are insufficiently physically active and 70% of preventable adult deaths are related to non-communicable diseases linked to risk factors that start in adolescence.

The WHO estimates that 2.5 million adolescent girls give birth under the age of 16 and that 15 million are married under the age of 18. Approximately one among every ten girls under the age of 20 (about 120 million globally) has been a victim of sexual violence and 30 million are at risk of female genital mutilation in the next decade.

To face or change this picture it is necessary that countries invest in and adopt policies to expand the opportunities for the youth; and that governments are capable of leading a national development strategy to enhance the entire health system so that it becomes inclusive and universal, and has leadership, innovation and governance with skilled health professionals.

Womens' health challenges

Even though in recent years there are progresses in maternal health indicators, women continue to be discriminated, especially in less developed countries. This disadvantage contributes to economic, social and health inequalities of their families throughout the life course.

The results on women's, children's and adolescents' health are worsened when these groups are marginalized and excluded from society, when they are discriminated, or living in deprived communities, especially among the poorest, less educated and living in remote areas (UNICEF; WHO, 2014).

An estimated 289 thousand women died globally in 2013 in pregnancy and childbirth, meaning one life lost every two minutes. A woman's death resulting from pregnancy or birth — a natural event that

should celebrate life – is transformed into a family tragedy of abnormal proportions.

According to the WHO, maternal mortality varies from 1,100 in Sierra Leone, to 1 per 100 thousand live births in Byelorussia. The difference between low- and high-income countries is still large, varying from 450 and 17 per 100 thousand live births. The global average is 210/100 thousand live births (WHO, 2015A). About 52% of maternal deaths are attributable to three leading causes: hemorrhage, sepsis and hypertensive disorders; and 8% of maternal deaths are attributable to unsafe abortion. Nevertheless, 28% of maternal mortality results from non-obstetric causes such as malaria, HIV, diabetes, cardiovascular diseases and obesity (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

The difficulty in accessing health services contributes to the fact that 270 thousand women die of cervical cancer each year, and that 225 million women have no access to family planning. Furthermore, one in every three women aged from 15 to 49 experiences physical and/or sexual violence either within or outside their home (EVERY WOMAN EVERY CHILD, 2015).

Only with modern contraception and care for pregnant women and newborns, besides adequate immunization, breastfeeding and nutrition offered by skilled professionals and high-quality services is it possible to enhance results and improve processes. Nevertheless, in order to achieve this, policies and interventions are needed to insure social protection, education, justice, infrastructure and information (WHO, 2007), and clear definition of public and private accountability and of the public sector responsibilities regarding performance monitoring and follow up.

Women's, children's and adolescents' health in the

Millennium Development Goals (MDGs)

The global mobilization to reach the MDGs has been the largest poverty combat coordinated movement ever carried out; it is estimated that about 1 billion people have been lifted out of extreme poverty since 1990 (UNITED NATIONS, 2015A).

Between 2000 and 2014, official financial contributions from developed countries increased 66%, reaching US\$ 135 billion per year. Nevertheless, in 2014 only Denmark, Luxembourg, Norway, Sweden and the United Kingdom exceeded the target agreed at the United Nations Millennium Summit, that the developed countries would contribute with 0,7% of their gross national income (GNI).

Official data from the United Nations show that the proportion of undernourished people in the developing countries has fallen by half since 1990, that hunger has substantially diminished, and that the proportion of children enrolled at primary school has reached 91% in 2015, with the best records of improvement being reached in sub-Saharan African countries. In addition, the literacy rate among youth aged 15 to 24 has increased globally, the developing regions have reached their targets to eliminate the gender disparity in education, and women have gained ground in parliamentary representation in 90% of the 174 countries, while in the last 20 years the proportion of women in politics has doubled.

At the end of 2011, the world population reached 7 billion people and, despite the huge population growth, the number of deaths of children under five has declined by half: from 12.7 million in 1990 to about 6 million in 2015. In the sub-Saharan Africa the reduction was five times faster from 2005 to 2013 than it was from 1990 to 1995. Since 1990, maternal mortality has declined by 45% worldwide, and more than 71% of births in 2014 were assisted by skilled

health personnel (UNITED NATIONS, 2015A).

The reinforcement of the measles vaccination campaigns helped to avoid the deaths of 15.6 million children from 2000 to 2013. In 2013, about 84% of children worldwide received at least one doses of the vaccine, an increase of 73% since 2000.

Due to the Millennium Development Goals (MDGs), new HIV infections fell by approximately 40% since 2000: by June 2014, 13.6 million people living with HIV were receiving antiretroviral therapy (ART), contributing to a reduction of 7.6 million deaths from HIV between 1995 and 2013 (UNITED NATIONS, 2015A).

Moreover, mortality from malaria has decreased 58%, averting 6.2 million deaths, mostly among children under five years of age in sub-Saharan Africa. Furthermore, between 2004 and 2014, by means of intensifying malaria reduction more than 900 million insecticide-treated mosquito nets were delivered to endemic countries.

In addition, the tuberculosis mortality has decreased by 45% between 2000 and 2013, and prevention, diagnosis and treatment interventions have saved an estimated 37 million lives.

Focusing on the environment, ozone-depleting substances have been virtually eliminated; terrestrial and marine protected areas have increased substantially and in Latin America and the Caribbean the coverage of terrestrial protected areas rose from 8.8% to 34.4% between 1990 and 2014.

Globally, 2.6 billion people have gained access to drinking water and 1.9 billion gained access to piped drinking water; 147 countries have met their targets to provide drinking water to their populations and 95% of the countries met their sanitation target, while 77 countries have met both targets. Worldwide, 2.1 billion people have gained access to improved sanitation and the proportion of people practicing open defecation has fallen almost by half since 1990.

Having all these data officially recognized by the United Nations, the world has undoubtedly improved regarding global development. Nevertheless, it must be underlined that despite such improvements, progress has been uneven across countries and regions, with big gaps between high- and low-income countries.

The evidence of the unevenness was observed in 2011, when almost 60% of the people living in extreme poverty were concentrated in only five countries (India, Nigeria, China, Bangladesh and the Democratic Republic of Congo), proving that the poorest people continue to have no opportunities and are being left behind, mainly because of their geographic location, ethnicity, age, gender and unimportance within the globalized economy (UNITED NATIONS, 2015A).

In the same way, gender inequality persists and women continue to face discrimination in access to work, economic assets and participation in decision-making that affect their lives. In Latin America and Caribbean, despite declining poverty rates for the whole region, the proportion of women in poor households increased from 108 in 1997 to 117 in 2012 for every 100 men in the same conditions. Besides, the unemployment rate among women with advanced education is higher than among men with similar levels of education.

According to the United Nations Children's Fund (UNICEF), 47% of the people living in extreme poverty are 18 years old or younger (UNICEF, 2014). As mentioned before, to reduce poverty investments on this age group, development must necessarily be made taking into consideration the multidimensional character of poverty, such as nutrition, access to clean water, education, shelter and health. It is estimated that two in every three children in 30 sub-Saharan countries suffer from at least two of those deprivations.

It must be underlined, though, that child

poverty is no exclusivity of low-income countries. The Millennium Development Goals Report 2015 (UNITED NATIONS, 2015A) points out that one in every four children in the world's richest countries live in poverty. Currently, there are 26 million children at risk of social exclusion and poverty in the European Union; however, only one third of people living in poverty have some social coverage, determining that child poverty is a world challenge demanding a global response (UNICEF CONNECT, 2015).

Taking into consideration the Millennium Development Goal 4 (MDG 4 –Reduce child mortality), despite the enormous decline of child deaths over the past 25 years, this unprecedented achievement has not been sufficient to meet the MDG target. If the current decline rhythm continues, at least ten years will be needed to meet the target that should have been met in 2015; and the world is already living the 2030 global agenda.

Children mortality is most evident among the younger and more vulnerable and pneumonia, diarrhea and malaria continue to be the prevailing causes of death. Although the sub-Saharan Africa has the world's highest child mortality rates, paradoxically this region achieved the greatest progress in the last 20 years, when the rate of under-five mortality declined from 179 deaths per thousand live births in 1990, to 86 in 2015.

Nevertheless, current estimates are somber, and the region urgently needs to accelerate its progress, not only because it carries half of the world's deaths in this age group (about three million in 2015) but also, and mainly, because it is estimated that this is the only region in the world where both the number of live births and the population of children under five years of age will grow substantially in the next decades. This means that there will be an increase in the number of under-five deaths; unless the progress in the reduction of under-five

mortality rate is sufficient to surpass the population growth.

The neonatal period is still the most critical for child survival: almost one million newborns will die in the first day of life, one million in the first week and 2.8 million in the first month. Considering that prematurity, asphyxia, underweight, birth trauma and sepsis are responsible for 80% of deaths (WHO, 2015B), it will be extremely important to concentrate in this life period in order to accelerate the progress of child survival in the coming years. Many deaths could be averted with simple and cost-effective interventions such as prenatal care, vaccination, childbirth assisted by skilled health personnel, aseptic care with the umbilical cord and breastfeeding within the first hour.

Nevertheless, those measures are but focal interventions for the reduction of under-five years of age deaths and they merely mitigate the problem. Effective poverty reduction and overcoming the huge inequalities between and within countries, by courageously tackling the social determinants of health with adequate social and economic policies, is the only way to attain sustainable solution for these issues.

Women's, children's and adolescents' health in the Sustainable Development Goals (SDGs)

The definition process of the 2030 Development Agenda and the Sustainable Development Goals (SDGs) begun at the United Nations Conference on Sustainable Development, the Rio+20, that took place in Rio de Janeiro, in 2012. On that opportunity, the Heads of State and Government of the United Nations Member States signed the document 'The future we want' (UNITED NATIONS, 2012). Besides setting the basis for

the definition process of the future sustainable development agenda, coming into effect on January 2016 and to be realized until 2030, it also defined the broad and participatory working lines (global consultations-dialogues, High Level Panels, and others), which took place from July 2012 to July 2015.

Following many negotiations between United Nations State-members and contributions from civil society, NGOs, professionals' groups, universities, United Nations Agencies and private sector, the intergovernmental group produced the document 'Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development' (UNITED NATIONS, 2015B), approved at the United Nations Sustainable Development Summit (UNITED NATIONS, 2015B), that took place in the ambit of the United Nations General Assembly (UNGA) 2015, as Resolution A/70/L1 (UNITED NATIONS, 2015C), comprising 35 pages and 91 paragraphs.

The 2030 Agenda for Sustainable Development recognizes that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge until 2030 and an indispensable requirement for sustainable development. All countries are committed to achieving sustainable development in its three dimensions – economic, social and environmental – in a balanced and integrated manner, and to build upon the MDGs not yet achieved.

The document affirms that the Goals and targets will stimulate action over the next 15 years in areas of critical importance for humanity and the planet:

People – End poverty and hunger, in all their forms and dimensions, and to ensure that all human beings can fulfill their potential in dignity and equality and in a healthy environment. Planet – Protect the planet from degradation, including through sustainable consumption and production, sustainably managing its

natural resources and taking urgent action on climate change, so that it can support the needs of the present and future generations. Prosperity – Ensure that all human beings can enjoy prosperous and fulfilling lives and that economic, social and technological progress occurs in harmony with nature. Peace – Foster peaceful, just and inclusive societies which are free from fear and violence. Partnerships – Implement the Agenda through a revitalized Global Partnership for Sustainable Development, based on a spirit of strengthened global solidarity, focused in particular on the needs of the poorest and most vulnerable and with the participation of all countries, all stakeholders and all people. (UNITED NATIONS, 2015C, P. 3-4).

In its Introduction, the Resolution affirms the decision “to protect human rights and promote gender equality and the empowerment of women and girls”, as well as “to combat inequalities within and among countries” (UNITED NATIONS, 2015C, P. 5).

Further on, it reaffirms those principles, when stating its vision of the future:

[...] a world which invests in its children and in which every child grows up free from violence and exploitation. A world in which every woman and girl enjoys full gender equality and all legal, social and economic barriers to their empowerment have been removed. A just, equitable, tolerant, open and socially inclusive world in which the need of the most vulnerable are met. (UNITED NATIONS, 2015C, P. 5).

The document proposes 17 SDGs (*table 2*) and 169 targets; SDGs 16 and 17 refer to general 'means of implementation' for the SDGs. Among the SDGs there is the SDG Health (SDG 3), enunciated as 'ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages', comprising nine targets and four specific means of implementation (*table 3*).

Table 2. SDG Health and targets

1. By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 100,000 live births
2. By 2030, end preventable deaths of newborns and children under 5 years of age
3. By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases
4. By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment and promote mental health and well-being
5. Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol
6. By 2020, halve the number of global deaths and injuries from road traffic accidents
7. By 2030, ensure universal access of sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programs
8. Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all
9. By 2030, substantially reduce the number of deaths and illnesses from hazardous chemicals and air, water and soil pollution and contamination

Table 3. Means of implementation

- a. Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in all countries, as appropriate
- b. Support the research and development of vaccines and medicines for the communicable and non-communicable diseases that primarily affect developing countries, provide access to affordable essential medicines and vaccines, in accordance with the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health, which affirms the right of developing countries to use to the full provisions in the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights regarding flexibilities to protect public health, and, in particular, provide access to medicines for all
- c. Substantially increase health financing and the recruitment, development, training and retention of the health workforce in developing countries, especially in least developed countries and small island developing States
- d. Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks

Three of the SDGs Health targets refer to the MDGs agenda (targets 1, 2, and 3). The other six targets refer to: 4) non-communicable diseases and the promotion of mental health and well-being; 5) prevention and treatment of addictive substances and alcohol abuse; 6) road traffic accidents; 7) sexual and reproductive health; 8) universal health coverage, including access to medicines and vaccines; and 9) environmental health.

It is impossible to admit that this set of fragmented targets is able to achieve the broad objective, to 'ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages'. Also,

the four specific means of implementation (table 3) are not capable of implementing the finalistic targets (1 to 9) and, even less, the ambitious enunciation of the SDG Health. Most targets refer to individual health and to the biological expression of health; whereas for a long time already one recognizes the importance of its collective dimension and the need to tackle its social, economic and environmental determinants, through intersectoral actions that are coherent, coordinated and that promote social and sanitarian equity, to achieve such a proposed SDG Health.

The dimension 'social determinants of

health' takes us to examine the relations between other SDGs and their respective targets with health, as well as possible omissions in those SDGs and their targets in relation to health. Broader synergies may be reached between health and other sectors when objectives, targets and indicators are framed in such manner that their realization requires the coherence of policies and solutions shared between the various sectors. In this sense, one observes that many of the other 16 SDGs (*table 2*) comprise targets directly related to health (for example, hunger elimination, food security, nutrition according to necessities, malnutrition reduction, child development, access to quality water and sanitation with disease reduction, natural disasters and deaths, violence and health, pollution of the air, soil and water and its influence on health).

In this sense, the document 'Transforming our world' – and the resulting UN Resolution – incorporated, in some ways, though not explicitly, the ideas of the strategy 'health in all policies'; however, curiously enough, targets that directly mention health are absent in 'economic nature' SDGs, such as sustainable industrialization or economic growth and decent employment. Workers' health protection in potentially harmful environments or actions on environmental pollution derived from productive processes, for example, are ignored in SDGs 8 and 9, expressing the divorce between economic and environmental issues and human health. It is also clear that all SDGs are, in some way, 'social determinants of health', even though not directly mentioning health among their targets.

Besides appearing in the document's preamble, the theme 'women, children and adolescents' appear in various SDGs. In the Health SDG (*table 3*), two targets specifically refer to women's and children's health.

3.1 By 2030, reduce the global maternal mortality ratio to less than 70 per 1000,000 live births

3.2 By 2030, end preventable deaths of newborns (reducing to as low as 12 per 1,000 live births) and children under 5 years of age (reducing to as low as 25 per 1,000 live births).

(UNITED NATIONS, 2015C, P. 18).

In other SDGs, women and children are abundantly mentioned referring to health or to social determinants, not only of health, but also of life conditions, such as:

2.1 By 2030, end hunger and ensure access by all people [...], including infants, to safe, nutritious and sufficient food [...]

2.2 By 2030, end all forms of malnutrition, including [...] stunting and wasting in children under 5 years of age, and address the nutritional needs of adolescents girls, pregnant and lactating women [...]

4.1 By 2030, ensure that all girls and boys complete free, equitable and quality primary and secondary education leading to relevant and effective learning outcomes

4.2 By 2030, ensure that all girls and boys have access to quality early childhood development, care and pre-primary education so that they are ready for primary education

4.5 By 2030, [...] ensure equal access [...] to all levels of education and vocational training [...] including children in vulnerable situations

5.1 End all forms of discrimination against all women and girls everywhere

5.2 Eliminate all forms of violence against all women and girls in the public and private spheres, including trafficking and sexual and other types of exploitation

5.3 Eliminate all harmful practices, such as child, early and forced marriage and female genital mutilation

8.6 [...] substantially reduce the proportion of youth not in employment, education or training

8.10 [...] develop and operationalize a global strategy for youth employment [...]

16.2 End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence against and torture of children

16.9 By 2030, provide legal identity for all, including birth registration. (UNITED NATIONS, 2015C, P. 17-28).

Many other targets refer directly or indirectly to women, children and adolescents, and we stimulate the reader to explore the United Nations document (UNITED NATIONS, 2015B), searching for determination bonds between health and life conditions and well-being, present in the 17 SDGs and their 169 targets.

Final considerations

Following the SDGs and their targets approval on a global level, at the United Nations General Assembly (UNGA), on September 2015, by the Heads of State and Government, the next step is to transfer them into the national sustainable development Agendas and plans. Some fundamental questions that arise are:

- Who (ministerial instance, commission etc.) will coordinate the implementation process of the 2030 Development Agenda and the SDGs in the country?
- Which Agency or United Nations instance will coordinate the participation of the United Nations System in the implementation of the Agenda in the country? Is it the role of the WHO or of the UNDP?
- Is the 2016-2019 Pluriannual Plan the short-term Brazilian Development Agenda? How does it articulate with a long-term 2030 Agenda?
- Which will be the participation of the Ministry of Health in the process?
- What is the forces' correlation of the Ministry of Health with other Ministries?
- Who will represent the Ministry of Health? How will this representation articulate within the various instances of the Ministry of Health, including the sector of women, children and adolescents?
- How will the civil society and the National Congress be mobilized in favor of an effective

presence of the sector of women, children and adolescents in the 2030 Agenda in the country?

A special observation, therefore, is the examination of the 2016-2019 Pluriannual Plan (BRASIL, 2015) that is under discussion at the National Congress, in order to receive amendments and final approval in 2015. The issue of women and children is mentioned in the document in several segments. In Brazil, for over a decade the government has been using the Pluriannual Plan (PPA) as a model to guide economic growth and social inclusion (BRASIL, 2015).

The 2016-2019 PPA reinforces the national commitment with the reduction of inequalities and the creation of opportunities in four strategic axes: education as a pathway for citizenship; social inclusion with improved distribution of access to public facilities and services; increase of productivity and economic competitiveness; and strengthening of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde* – SUS).

A fundamental question is to identify which instance of the federal government will administrate the 2016-2019 PPA on one hand, and on the other hand the 2030 Development Agenda and the SDGs in Brazil, as proposed among the questions listed above. The synergy between those two management processes may render easier the achievement of the targets stipulated in both documents and, ultimately, realize effective contribution to the improvement of life and health conditions of women, children and adolescents in the country.

On the other hand, there will be the need for a coordinated mobilization of technical capacities and possible financial contribution by the United Nations Agencies in the country, including development banks, such as the Inter-American Development Bank (IDB) and International Bank for Reconstruction and Development (IBRD), to the implementation of the process of the

2030 Agenda and its SDGs in the country. Whereas the Government needs to organize the demands as to avoid unarticulated issuing to the UN Agencies, these should abdicate plans that are defined within their global central instances and work in alignment with the priorities defined by the country. Operating as ‘one sole UN’ – a guidance the system has been seeking to apply for the last years – in consonance with the central guidance of the Brazilian 2030 Agenda, rather than with the ‘ministries-clients’ by theme affinity as many times occurs, the results will certainly be improved.

The same is expected from the development agencies of developed countries and regions, such as the United States, Canada, European Union, Nordic countries and others, that operate in Brazil. It is fundamental to create a ‘single negotiating table in support of development’ in which every agency would abdicate their plans, defined as global guidance in the country of origin, to work in alignment with the Brazilian 2030 Agenda. Also international NGOs should receive the call for the same kind of guidance

– namely those that operate more strongly in the country.

A clear 2030 National Development Agenda and a strategy for the achievement of the SDGs and their targets in the country, articulated with the 2016-2019 PPA, built with the contribution of all governmental organisms pertaining to the federal, state and municipal spheres and the civil society, is the first and fundamental movement for the achievement of the SDGs in Brazil, not as a mere commitment to the global community, but mainly to the Brazilian nation.

A privileged space for the debate on women’s, children’s and adolescents’ health in the national development agenda is the 15th National Health Conference gathering, in December 2015 in Brasília, representatives of government, civil society and private sector, for a pact that shall transcend the necessary changes in the health system to attain, also, the ‘causes of causes’ of the population’s health problems and of the health and social protection systems; in other worlds, the social determinants of health. ■

References

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Plano Plurianual 2016-2019: desenvolvimento, produtividade e inclusão social: mensagem presidencial*. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2015. Disponível em: <<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planejamento-e-investimentos/plano-plurianual-2016-2019>>. Acesso em: 22 out. 2015.

BRUNDTLAND COMMISSION. *Report of the World Commission on Environment and Development: our common future*. 1987. Disponível em: <<http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

EVERY WOMAN EVERY CHILD. *Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health 2016-2030*. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/>

- life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en>. Acesso em: 22 out. 2015.
- HAIR, N. L. *et al.* Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatr*, Chicago, v. 169, n. 9, 822-829, 2015. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2381542>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- HECKMAN, J. *4 big benefits of investing in early childhood development*. 2015. Disponível em: <<http://heckmanequation.org/content/resource/4-big-benefits-investing-early-childhood-development>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- JENSEN, S. K. *et al.* Effect of early adversity and childhood internalizing symptoms on brain structure in young men. *JAMA Pediatr*, Chicago, v. 169, n. 10, p. 938-946, 2015. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2427470>>. Acesso em: 21 out. 2014.
- NOBLE, K. G. *et al.* Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat. Neurosci.*, New York, n. 18, p. 773-738, 2015.
- SACHS, J. D. *The Age of sustainable development*. New York: Columbia University Press, 2015.
- STENBERG, K. *et al.* Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet*, London, v. 383, n. 9925, p. 1333-1354, 2014.
- THE STATE OF WORLD POPULATION 2014. *The power of 1.8 billion: adolescents, youth and the transformation of the future*. New York: UNFPA, 2014. Disponível em: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNICEF CONNECT. *7 facts about child poverty you should know*. 15 out 2015. Disponível em: <<https://blogs.unicef.org/blog/7-facts-about-child-poverty-you-should-know/ef.org>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNITED NATIONS. *The Millennium Development Goals Report 2015*. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/MtxNWF>>. Acesso em: 22 out. 2015a.
- . *Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012: 66/288. The future we want*. 2012. Disponível em: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang>. Acesso em: 22 out. 2015.
- . *Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015c.
- . *United Nations Sustainable Development Summit 2015*. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit>>. Acesso em: 22 out. 2015b.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Child Poverty in the post 2015 Agenda*. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/LXVzw1>>. Acesso em: 22 out. 2015.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report*. Geneva: WHO; New York: UNICEF, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/8hM04b>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- WORLDOMETERS. *World population: gender, age, fertility rate, immigration*. Disponível em: <<http://www.worldometers.info/world-population/world-population-gender-age.php>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys-business.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Newborns: reducing mortality*. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>>.

Acesso em: 22 out. 2015b.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World*

Health Statistics 2015. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/>. Acesso em: 21 out. 2015a.

English version: Annabella Blyth

From the paradigm of domination to the paradigm of care

Carlos Alberto Plastino¹

ABSTRACT The article discusses the main characteristics of what is denominated ‘paradigm of domination’, stresses its deep roots in the patriarchal domination and in the consolidation of the fundamental beliefs of modernity, its constitutive dualisms and the consequent devalorization of the nature, the woman, and the sentiments. It confronts those characteristics with what is denominated ‘paradigm of care’, understanding it, further beyond the attitude which such word evokes, as an important modality of intersubjective relationship, responsible not only for the constitution of the subjects, but also for the configuration of the deep bonds that fundament the social abb. In that context, it summarily discusses the emergence of elements that are constitutive of this new paradigm in the context of the accelerated decadence of the patriarchal dominance and of a profound transformation of the role of the woman in contemporaneity.

KEYWORDS Domination-subordination; Care; Human characteristics.

¹ Psychoanalyst and Political Scientist. Notorious Knowledge in Political Sciences from Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. caplastino@gmail.com

Introduction

This article aims to discuss the meaning of the caring attitude not only in some specific areas, like attending to the needs of babies and young children or sick people, but as a central factor in the constitution of subjects and in the organization of deep bonds that constitute the social tissue. The processes of subjective constitution are the results of practices, produced in the interior of a set of representations in which the creativity of each era and culture are expressed. In turn, the quality of social bonds is indissociable from the values in the context in which some 'beliefs' are organized which, in its set, constitute the imagery¹ organization of each society, a result from a long and complex historical process. The set of beliefs and values that integrate such imagery is here denominated a paradigm.

The meaning that the concept of paradigm has on these pages is more embracing than the one attributed by Thomas Kuhn's classic study. It certainly includes the changes operated in the scientific register, but, considering their set and focusing on the epistemological issues implied in those processes, as well as the emergence of new knowledges and new ways of knowing, produces important transformations in the beliefs present in society in its conceptions about the reality's way of being (ontology), about the modalities of knowledge (epistemology), and the human being's way of being and capacity (anthropology). In addition, the field of values and its transformation are part of that process, as well as the issues bounded to its origin. It is then denominated a paradigm a general model that, from certain fundamental conceptions — beliefs — presides for long historical periods the guidelines for the organization of a human society. It is a historical construction, imagined and created by men of a certain era. Its profound dynamism is indissociable from its intentionality. Like previously said, it includes a conception

of what there is, a conception of the way of knowing what there is, and a conception about man. It is important to stress that such conceptions are not the result of knowledges that, stamped by science, could be considered unquestionable. On the contrary, it is those fundamental conceptions that organize thought inasmuch that they are constituted in the condition for the development of certain knowledges, as well as the exclusion of other knowledges that belie the fundamental assumptions of the paradigm. It is due to that double process of inclusion/exclusion of knowledges that is possible to affirm that all paradigmatic organization at the same time that organizes the knowledge of a determined time, also limits it. All paradigm is human work (all discursive knowledge is a construction) and, as such, had a beginning, is susceptible to crisis, and substitution. The processes of crisis and substitution — which constitute long and complex historical processes — are launched when two series of conditions become present (SANTOS, 2008). The first condition refers to the fundamental beliefs of the paradigm, which at certain point begin to be questioned by knowledges produced both in the interior and at the margin of that same paradigm². The second condition refers to the fruits of that paradigmatic conception, that is, to the civilization created and organized from its fundamental beliefs. The first condition of change develops since the beginning of the 20th century while the multifaceted contemporary crisis — ecologic, climatic, economic, social, and political — strongly signals the existence of a deep systemic crisis. Thus, it is lived today not only the crisis of a conception of knowledge, totalitarian and exclusive, but also a severe civilization crisis.

Organized around the central ideas of conflict, conquest, and domination as fundamental characteristic of the relations among men and between men and nature, and having deep roots in the patriarchal organization, that predatory imagery covers

¹ The concept 'imagery' is used in the sense that Cornelius Castoriadis attributed to it, 1978.

² The emergence of quantum physics and its questioning of the universality of the determination in the physical world illustrates this process well. Another example is given by the discovery of the unconscious psychism and its way of operating, which knocked down the conception of the man defined from his rationality.

not only the conception of nature and the relations between men and nature: it includes yet the conception of men about themselves — and about their own nature — and the relations among them. In that level of coverage, there are no significant differences between the countries of the called market economy and the other recent modalities — the countries of the called state socialism — or current modalities of political social organization. All of them share the central characteristic of building phallogocentric models of domination.

As it is known, all crises presents two fundamental characteristics: on the one hand, it makes evident the crystallization of insuperable impasses in the current situation, making a profound transformation of ideas indispensable — of the imagery — that generated the situation in crises; on the other hand, and to the extent that the transformation is configured as a necessity, the crises opens up an opportunity for the creation of a new imagery, that is, another way of conceiving men, their societies, and their forms of production.

Characteristics of the paradigm of domination

Next, it is briefly taken into consideration the characteristics of what, in this study, is being denominated paradigm of domination. The deep roots of such paradigm, still present — although strongly affected by the transformations in the beliefs and in the social relations, as well as the dimension acquired by the contemporary crises —, integrate the fundamental beliefs of the patriarchal imagery. That imagery has been, as it is well known, dominant for over 5 thousand years and is sustained by the belief that there is a hostility between each individual and society, a hostility which, considered insuperable, makes the resource to repression and to domination essential to make life in

society viable. Millennia old, the patriarchal paradigm witnessed the growth of its own crisis along the Twentieth century, being presently criticized and relativized in its various aspects and manifestations. It would be a mistake to attribute to such patriarchate crisis the role of cause of the crisis of a civilization built on the base of the patriarchal imagery. That reading of the facts, proper of conservative thought, paves the way of the most varied expressions of authoritarianism that is possible to verify in the contemporary scenery. The crises of the patriarchate is not the cause of the crisis of civilization. On the contraire, it constitutes an element of its overcoming, once the deployments of that crisis, in the various dualisms in which the first is expressed, makes possible the constriction of a new imagery and bases new modalities of intervention and action.

Conflict, conquest, and domination are the central elements of that paradigm. They root in the many dualisms with which the patriarchal imagery conceives the ways of being of reality. The main dualism is the one that severs the human being from nature, including his own nature, that is, his natural body, sensations, and sentiments. In the progressive elaboration of the patriarchal perspective, the human being was defined by his rational capacity, leading to the devalorization of the complex and very rich characteristics of his natural being. In that perspective, what was originated in human nature, in the body and in its passions, was considered a force incompatible with civilized life, consequently having to be dominated and ordered by reason. By approximating women to nature, to passions, to feelings, and to private life, and men to reason, public life, and cultural creation, the patriarchal imagery inserted the feminine in the inferior pole of the dualism, turning her too an object of domination. Reproduced and consolidated historically by the organization of the three great monotheistic religions, the patriarchal imagery was developed over the

centuries, gaining specific characteristics in the modern era which, although obtaining distinct forms, reproduced in essence its central categories.

The epistemological reductionism of the modern paradigm had thus a strong impact on the production of knowledge, devalorizing the comprehensive knowledges, unique, capable of dealing with the broad share of the real that does not belong to the material world nor is governed by its laws of determination. In the context of the dominant belief that conceived the real world as homogeneously organized according to natural laws, the knowledges about men and society were to be subordinated to the organizational logic of the sciences of the matter in an effort — by the own nature of the things fated to failure — to make them explanatory sciences. The comprehensive knowledges do not operate attributing causes to the effects with which they deal. Rather, they deal with the gigantic complexity of human and social life, certainly subject to understanding, however unapproachable to the exact knowledges, whose potential is exhausted in the world of the matter.

The dualistic conception that separates subject and object in the processes of knowledge is derived from the fundamental dualism. Stubbornly surviving, despite the evidences that pile up in the sense of making evident its impertinence, that dualism still demands the deepening of criticism. Indeed, the abandonment of the essentialist presupposition³, long criticized both in the register of contemporary sciences and in that of the theories of language, was not sufficiently accompanied by the consequent critique of the dualism in which that essentialist perspective was inserted. Thus, the overcoming of the rationalist essentialism was, in many cases, accompanied by a critique of dualism, which remained in a merely declaratory and formal level. It did not give rise to the recognition of nature as a living being endowed with auto-poetic potential, neither did it favor other

strategies of knowledge different from that which separates subject and object, nor of modalities of knowledge different from the discursive ones. The insufficiency of the criticism regarding dualism drove to the substitution of the rationalist essentialism by the belief in the impossibility of all the knowledge, as well as to ethical relativism. In the overcoming of that severe limitation, lies the reflexion of those who, like Boaventura de Sousa Santos, sustain the complexity of the epistemological question, defend the legitimacy of the intersubjective, comprehensive, and descriptive modalities of knowledge. The postulation of a modality of knowledge that is comprehensive and descriptive — instead of analytic and explanatory — made necessary by the recognition of the heterogeneity of the forms of being of the real, approaches the adventure of knowledge from a perspective that is radically different from that followed by the hard sciences. That admission of the legitimacy of plural modalities of knowledge is resulted from a consequent critique of dualism and its overcoming. It supposes the definitive abandonment of the conception of the machine body and also the reduction of psychism to the activity of the conscience separated from the body. It means, furthermore, the abandonment of the belief that attributed to consciousness and to language the monopoly in the processes of apprehension and production of meaning. The consequent overcoming of the dualism supposes thus the opening to experiences that, like the psychoanalytic practice, constitute an intersubjective relationship — not between subject and object —, reinserting the process of apprehension of the real to the interior of a unity greater than the parts that constitute it. It is that insertion, indeed, that makes possible the existence of experiences of ‘direct and immediate apprehension’, like the ones theorized by Freud, and those that, in a more general way, sustain the knowledges that aim not at explanation, but at comprehension. The importance that in this

³ In tight synthesis, the essentialist model, of Platonic inspiration, was expressed in Modernity postulating the existence of an order that is rational and unchangeable in nature, subject to progressive knowledge by the effort of the human reason. That belief, which sustained the potential capacity of the human reason to appropriate the discursive knowledge of the laws that organize the totality of the real, has nourished the illuminist omnipotence.

process of criticism of the modern paradigm needs to be attributed to the knowledges about men is well formulated by Boaventura de Sousa Santos when he wrote, nearly two decades ago, that

we arrive at the ends of the Twentieth century possessed by the almost desperate desire to complement the knowledge of things with the knowledge of the knowledge of things, that is, with the knowledge of ourselves. (SANTOS, 2000, P. 31).

The conception of the external nature as machine, central in the dualism of the modern paradigm, led to ignoring the richness of the expressions of life in nature, whose dynamism was reduced to effect of a single cause, the efficient cause. Thus conceived, nature is only extension and movement, passive, eternal, and reversible, a great mechanism whose elements are possible to be disassembled and formulated in forms of laws, making its domination possible. That domination expresses what constitutes the intentionality that inspired the elaboration of such paradigm and that consisted in producing rational knowledges about the relations of cause effect present in natural life, in a way to allow human intervention in the sense of dominating such processes, placing them at service of their objectives. Obviously, in a society sustained by inequality, exploitation, and domination, such objectives are not confused with the genuine interests of humanity. That distinction between interests and objectives is necessary, once the objective of dominating nature does not necessarily meet human interests, as the climate and ecologic crisis poignantly shows today. Although having allowed a formidable development of science and of technique, not at all negligible and today indispensable for survival, the representation of nature as a machine led to ignoring the profound movement of nature itself and its delicate and complex processes of internal balance. The

complex internal dynamics that guides the development of beings, which in ancient times was denominated final logic, and the conditions that such dynamics imposes, were equally ignored, being that ignorance the condition that allowed the uncritical acceptance of the mechanic model.

The emerging elements of the paradigm of care

The crisis of the domination paradigm is the result of the combination of a plurality of conditions. Distinguishing among such conditions the social ones and the theoretical ones, it is privileged in this paper the discussion of the latter, making considerations concerning the first that illustrate the discussion without approaching, however, a systematic analysis of them. That discussion evidences the fragility of the pillars that fundament such paradigm in the three registers that organize it, that is, in its conceptions about the being, about the knowing, and about man himself. The common motive of the failure of the main presuppositions of the paradigm lies, as indicated above, in its fundamental dualistic conception and in the abasement of nature and of the human nature that stems from it. In the knowledge register, that fundamental dualism is responsible for the negation of the immense richness and complexity of life and of the processes of relation and apprehension. It also bases a mutilating conception of the human body, ignoring the specific qualities of its being, of the psychosomatic and relational experiences, imposing, through the beliefs that it inspires and reproduces, a model of subjectivity that is belligerent and conflictive. It reproduces, thus, both in the level of subjective production and of social life, the characteristics that it postulates among its basic presuppositions, which it uncritically presents as natural and unchangeable.

To the theoretical motives that led to the paradigmatic crisis, it is added the multifaceted contemporary crisis, whose gravity and urgency should increasingly propel the discussion of that fundamental theme. A climatic crisis makes evident the deepness of other crises, like the one that revolves around the values that guide the action of those who detain power, political power as well as economic, financial, and communicational power.

The ambiguity and the insufficiency of the actions of those power, in the way of taking the necessary measures to combat the ecological and climatic crisis, show the primacy given to interests of accumulation of the powerful and the primacy of values that privilege growth at any cost, even when it gives rise to the destruction of individuals and cultures — one may think of the indigenous peoples — and/or the omission facing the constant growth of the crisis. One might argue, at this point, that the adoption of public policies and forms of social organization that prioritized the ecological issue, including here the human ecology, would demand a profound process of democratization of the power and politics as well as of the economic and financial power and the power in the field of communications. It would also demand the democratization of the set of human relations. To that one could answer that if the conditions to organize a truly democratic and decent society require all that democratic deepening, that, however, does not mean that the addition of consciousness around the urgency of the question and the consolidation of a paradigm that legitimates and guides conducts, in the sense systematized by the idea of care, does not constitute a powerful instrument in a process that can no longer wait to happen.

The emerging conception in which the priority of the perspective of the care is affirmed has a main axis the recognition of the richness and diversity of natural

life and of the insuperable insertion of the subjects in it, insertion that nourishes and bases their wonderful capacity to create. In the register of human nature, the emerging conception emphasizes and rescues the evidence and the force of empathy, which at the same time that expresses the opening to the other, makes evident the necessity of the other to build and develop and live a good life. That necessary presence of the other to build and develop, that priority of the emotional needs of the being, give new deepness to each one's singularity, a singularity equally necessary for the complete development, but very distant from the prison characterized by a belligerent individualism whose social insertion should be imposed by symbolic violence. The paradigm of care is then sustained by the recognition of the other in his alterity, recognition that has in the natural empathy its deepest root. Alterity, far from being rationally chosen or stoically bear, characterizes a central factor in the constitution of each one as a unique subject. The recognition of the other as alterity that sustains the attitude of caring is expressed in the own etymology of the word ethics. Ethics is derived from the Greek *ethos*, which in turn remits to two meanings, 'abode' and 'fatherland', the first referring to the conditions required to have a place to live and the second indicating the social bonds through which we emerge to the being. The word ethics refers then to the necessary conditions of the human happening, conditions that make possible, for each one, 'to dwell' in a world inserted in a community. Abode, fatherland, a place to live, all of those name a place to be. That 'place', considered a condition for the advent of the being, is in reality the 'us' in the interior of which the subject can build its singularity. It supposes then the mutual recognition. Thus, it is the constitutive relation with the other and the being part of a community that constitutes the fundamental condition for the come to

be of the subject and for the development of his singularity.

The conception of a paradigm that sustains the attitude of caring as a fundamental attitude to base social relations and social life may seem utopian, considering the characteristics of current society. In it, in spite of the historical affirmation of values, like liberty, equality, and justice, experience shows that they lose a great deal of their strength, getting close at times to constitute a simple rhetorical statement, when the periods of crisis threaten the privileges of the powerful. The perspective that considers it possible a radical change of the current model of domination is characterized as utopian by those whose political, economic, and of social communication resources allow them to keep a strong influence over the contemporary imagery. As a matter of fact, the issue of utopia should be inverted, since it is ever more evident the infeasibility of continuing for much longer the reality of ecological devastation, and yet of what can also be denominated social devastation, since it is not possible to think of a more appropriate characterization for the current process of concentration of wealth, waste of resources, exploitation, and injustice. A process in which the expansion of technology, instead of meaning a benefit to human beings, redounds in suffering and unemployment.

The condition of possibility of the establishment of a paradigm presided by the attitude of caring supposes a radically historicist conception of men and of nature. A conception in which the processes of determination, present in the world of the matter — with the limitations demonstrated by contemporary sciences — does not preside the reality of the being, where transformation and creation reign. That radical historicity, as it will be seen, does not mean a new rupture between human being and nature, but characterizes a specific modality of insertion in it, which in turn

is expressed, with respect to the emotional life, by tendencies and not by determination. Tendencies may or may not develop depending on the context in which the process of emotional development takes place, being that how the environmental context transforms into a central element in the constitution of each individual. The emergence of the paradigm of care has as condition of possibility deep transformations within all the domains of knowledge. Such transformations stroke presuppositions so central like the belief in the rational homogeneity of the real, substituted in light of the new knowledges for the conception of a heterogeneous real, characterized by various ways of being. They strike yet the field of knowledge, redefining the role of reason as a powerful and irreplaceable tool to deal with the material reality, nevertheless inserted in the context of a psychosoma whose emotional dynamics sustains the emergence of the values that should guide the utilization of the powerful resource that is the 'instrumental reason'. In that context, the place of science is also redefined, now sharing with other forms of knowledge the task of knowing. To the sciences, it is up the responsibility of offering explanations about the world of the matter, making the intervention on it possible. However, it is up to the comprehensive knowledges the task of defining the objectives and limits of such intervention, in the context of its comprehension of the non-material aspects of existence. Differently from the modern paradigm, the emerging one is not characterized by aiming the production of a unified science. Understanding that all discursive knowledge is a construction, its ambitions to produce a complex and permanently provisory knowledge, never immune to the marks of the subjectivities that produced it. Even being provisory and provisorily articulated in certain ways, this set of knowledges constitutes, as Boaventura de Sousa Santos affirms, a construction capable of

providing knowledges that it is prudential to welcome. That perspective sustains the legitimacy of the knowledges that, because they are possible, are also unwaivable. Thus, the abandonment of the arrogant belief that affirmed the capacity of human reason to know the truth of the being does not mean to renounce to any type of knowledge, even knowing they are provisory.

At this point of the argumentation, it should be introduced, even if in summary, the conception elaborated by the psychoanalyst Donald Winnicott about the process of emotional development of the individuals, a conception elaborated over a prolonged clinical practice that also constitutes the scenario of emergence of a comprehensive knowledge. In light of such experience, Winnicott refutes the presuppositions of the body-mind dualism, rejecting furthermore the belief according to which the psychism and the emotional life of man can be characterized by unchangeable determinations. Noting that since the beginning of life the human baby possesses the capacity of imaginary elaboration of its experiences, he affirms that its emergence as a differentiated ego — its psychic birth — operates in the relation with the other, wherein the said relation will be fundamental so that in each baby it can be actualized or frustrated in its natural tendencies. One of those tendencies is to empathy, which when actualized by the welcoming attitude of the other allows it to develop its social nature, its emotional amorous tendency, and the values that emerge from it. Winnicott has studied those issues for over four decades of clinical practice. His experience with babies and their mothers and with regressed adults allowed him to comprehend fundamental aspects of the processes of development of psychism and emotional life, that is, of the process of subjective constitution. His theory on primitive emotional development (WINNICOTT, 2000A) expresses that comprehension, which is the reason why it is considered

convenient, in the context of the theme addressed, to discuss its general lines.

The basic finding effected by Winnicott throughout his extended clinical experience — experience of a comprehensive knowledge — is that, far from constituting the result of two different substances — body and psychism — the human baby possesses a psychosoma and that, in the origin of life, the psychic dimension of that psychosoma (WINNICOTT, 2000A) resides in its capacity to imaginatively elaborate its experiences, capacity which sustains human creativity. There is not yet an ego, whose constitution requires the indispensable presence of the other, of an other capable of creating and sustaining an exceptional and provisory situation in which the new being does not take notice of the world and its demands, being able to have the fundamental experience of the being and of the continuity of the being. Being the early period of life one of absolute dependence on the other, the human baby lives in the register of necessity, being that the meeting of those physical and emotional necessities by the action of mothering founds the bases of what, in the sequence of a healthy emotional development and of the encounter with alterity, will sustain what Winnicott (1983, p. 88) calls “to believe in”, that is, a hopeful attitude with regard to others and to the world. In that period of life, there is no place to talk about desires or limits for the desire, since there is not yet an ego, but only a psychosoma and its necessities. The imposition of limits and disciplinarian experiences in that first moment of emotional development has nothing to do with the deep needs of the baby. Such practices, common in the current conceptions until a few decades ago and still today, respond to conceptions elaborated in the contexts of the presuppositions of the patriarchal model.

The insertion of the human baby in nature, being irreducible, is not characterized in the dimension of emotional and

psychic life by determinations, but by tendencies, concept through which Winnicott names the natural movements that push the baby's life and guide its development processes, but which require, to succeed and be consolidated, the adequate and careful action of the other of mothering. In absence of that participation of the other, such processes may not succeed or do so insufficiently. The fundamental tendencies of human nature are identified by Winnicott (2000A, p. 221) as those that aim at the constitution of the ego as a unit differentiated from the other of mothering and from the world, the tendency to perception of alterity, and the tendency to the spontaneous emergence of an ethical sense, which sustains the acceptance of alterity and the capacity to live in society. The emergence of that ethical sense constitutes a tendency fed by a natural characteristic that the human being shares with other mammals and which is the tendency to empathy, that is, the ability to feel the other's feeling and react to it. That fundamental tendency, in which is expressed a quality of human nature, constitutes the core of human sociability. Its emergence in each baby's experience is inserted in a moment of the process of emotional development in which the sum of its previous experiences, added to the achieved psychosomatic level, allows it to begin to intuit the alterity of the other, theretofore felt like created by the baby itself and, therefore, completely manipulable by it⁴. In that process, the perception of the other as autonomous and, therefore, out of its control is rejected by the baby, who reacts destroying it in fantasy. The maintenance of the amorous and welcoming attitude by the mother figure, contrasting with this 'destruction', allows the human baby the inaugural conquest of the sense of guilt, conquest sustained in the empathic capacity and scenery for the emergence of an ethical sense. That spontaneous feeling is not imposed by the other nor is it a product

of threatens of retaliation — it also does not possess the form of norm —, it is a spontaneous and constitutive feeling that, when favored in its emergence and consolidation by the caring attitude of the mother figure, will sustain in the future, from the inside of the individual, a conduct guided by ethical principles and norms. The process of recognition of the other is a process which has developed over time, with comings and goings. Throughout such process, the human baby invents what Winnicott calls transitional object (WINNICOTT, 2000B), that is an object of its everyday — toy, bed sheet — that, symbolizing the mother, sometimes acquires the characteristics of object created by the baby and manipulable, and sometimes transits to the characteristics of objective object, out of the baby's control. The creation of that transitional object constitutes a crucial moment in the baby's life because it marks its entrance in the symbolic world, being important to highlight that the baby does it as the creator of the symbol, not as receptor of a system created by society. Thus, both in respect to the emergence of the ethical sense and of access to the symbolic world, the experience of the human baby, sustained in the natural tendencies to empathy and creativity, expresses a movement of autonomy, and not subjection. That conception is quite different from the one sustained by the patriarchal perspective, in which ethics arises, under the form of norm, as an imposition made by society, the same being true for the symbolic world. Ethical norms and social symbols will certainly be important for the human baby, now possessor of an ego, but the fundament of both will reside in the success of the development of the tendencies of human nature to empathy and to the recognition of alterity, success whose condition of possibility is the environmental care, that is, the welcoming and amorous attitude by the mother figure.

In the psychoanalytic theory, the process that culminates with the recognition and

⁴ Subjective object, in Winnicott's nomenclature. In the conception of the English author, in that first moment of life the other appears to the baby as being fruit of its own creation. After the recognition of alterity, the other transforms into objective object, that is, existent by itself and therefore not manipulable by the baby. In the passage from one to the other is the experience of the transitional object, expression of the creativity proper to the human.

acceptance of the alterity of the other was called “depressive position” (WINNICOTT, 2000C, P. 355). Not characterizing an illness, but a necessary moment of emotional development, such designation was justified in orthodox⁵ psychoanalysis by the role which in this process is given to the sense of guilt that the baby experiences then in an inaugural way. In Winnicott’s experience, however, the conquest of the sense of guilt, far from having to be constituted in a characteristic henceforth insuperable in human experience, can be overpassed by the sense of feeling concerned (WINNICOTT, 1982) by the result of their actions in relation to the other, from which, in the presence of a favoring environment, leads to the movement of atonement. That is, the sense of guilt can be transformed into responsibility before the other. In that context, the sense of guilt is considered a conquest because it constitutes the starting point of a process that can lead to the conquest, by the baby’s ego, of its social dimension. Being to it constitutive, that is, being an indispensable condition for a healthy emotional life, the access to that social dimension of existence has as condition of possibility the environmental care, that is, the amorous and welcoming presence of the other of mothering⁶.

The Winnicottian experience made possible the elaboration of a different comprehension about the issue of human aggressiveness (WINNICOTT, 2000D). Winnicott neither ignores nor minimizes it, but, differently from the essentialist theses encamped by Freud⁷, the English author understands it as a historical product of the development of a human tendency — aggressiveness — in the context of unfavorable environmental conditions. The tendency to motility, unfolded in aggressiveness, characterizes to Winnicott what the etymology of this last word expresses: the movement of walking forward, of getting in touch with the other and with the world and messing with it. That development, when experienced in a

welcoming environment, that even when it appears to the individual as a limit conserves the fundamental characteristic of amorous welcoming, is inserted in the context of a perspective presided by the ethical sense, that is, by the recognition of the other and of the consequences of the very acting on it. The failure of the environment in the process of emergence of the ethical sense and, posteriorly, the failure of the social environment in the welcoming of the individual, making the convergence of aggressiveness as the recognition of the other (ethical sense) unfeasible, provokes the transformation of aggressiveness into aggression. Thus, the human tendency to construction becomes destructive power. The affective ambivalence, being of the ego and not of the id, loses, in the Winnicottian perspective the capacity to produce, ineluctably, guilt and happiness. To the English thinker, ‘to work it’ and elaborate it is a lifelong task, and the success of that process may be considered as a criterion of maturity and psychic health. The empathy subjacent to the Winnicottian conception of the emergence of the spontaneous ethics and of the sense of concerning opens up a process that orthodox psychoanalysis considers dead ended. Winnicott synthesizes that important conception when he says, on the opposite way of the belief of the patriarchal imagery, that if society is in danger, that danger is not born from men’s aggressiveness, but from the repression, operated by society, of men’s aggressiveness. That is, the aggression that characterizes life in society is indissociable from the imposition of social relations characterized by domination and the imposition of social practices that block or severely limit the expansion of human aggressiveness and therefore creativity⁸.

The comprehension of the Oedipal drama doubtlessly constitutes one of Freud’s great discoveries, indispensable to comprehend the called transference neuroses. The

⁵ Winnicott calls orthodox psychoanalysis that which continues sustaining the conceptions associated to the dualist presuppositions encamped by Freud.

⁶ That conception vigorously moves away, as it can be seen, from the reading elaborated by Freud and followed by orthodox psychoanalysis, in which the sense of guilt is insuperable and crescent and happiness constitutes to humanity an impossible objective.

⁷ Como é sabido, Freud sustenta no último período de sua teorização a existência de uma movimento natural e imodificável (pulsão de morte) que impulsiona todo indivíduo à morte e à agressão. As causas da formulação dessa teoria são complexas e não podem ser discutidas neste trabalho.

⁸ Several researches carried out in different countries show that a very high percentage of people — in some of these recent researches that percentage is higher than 80% — work in activities that they don’t like and only do so forced by the material needs.

pertinence of that clinical discovery does not authorize, however, to consider the experience of the Oedipal drama as the kernel of subjective constitution nor to attribute to such drama the origin of law, moral, and religion in human history. Neither of them constitute a necessary result from the complex discovered in clinical experience, but come from the interpretation of the clinical material in the context of the patriarchal presuppositions present at the time and in Freud's personality. The critique of the centrality attributed by orthodox psychoanalysis to the Oedipus complex unfolds in two branches. In both of them, the overcoming of alleged natural determinisms and the affirmation of historicity — and, therefore contingency — of the process constitute a fundamental aspect. In the first branch, the critique questions the omission of the crucial influence in the period of the primitive stage of emotional⁹ development, omission which, disregarding the possibility of an individual that can not even achieve the fundamental conditions to experience the Oedipal drama, considers that experience as one that every individual must face throughout life, as Freud used to affirm. The second branch approaches the very experience of the Oedipal drama, conditioning its denouement to the behavior of environmental factors. In both branches, the critique also points to questioning the determinist beliefs that base orthodox psychoanalysis and that empty it from historicity. The first branch of the critique underlines the necessity of inserting the experience of the Oedipus complex in a broader process, in which it is preceded and strongly conditioned by the primitive period of emotional relationship. The initial story of each individual with his environment thus decisively influences the comprehension, in each case, of the Oedipal drama. The second branch of the critique privileged the possible denouements of the Oedipal drama, rejecting the consideration of the sense of guilt as insuperable and inevitably crescent and

responsible for an also insuperable discontent in social life. As we could see, Winnicott sustains, moving away from the Freudian determinism, that the sense of guilt originated by the destructive attack that in fantasy the baby directs to the mother figure, when she is differentiated, unfolds, mediating a favorable attitude of the environment, in the emergence of a sense of concern, empathy, and desire of atonement, transforming the sense of guilt into social responsibility. It is also through the rejection of determinism and the adoption of a historicist perspective that Winnicott recognizes in parental behavior in each singular case an effective participation in the evolution and denouement of the Oedipus complex.

It may be wise to dwell on some fundamental aspects that base those fundamental divergences. The long clinical experience with babies and their mothers led Winnicott to affirm that the crucial experience of the limit imposed to narcissism stems, for each individual, from the upshot of the depressive position, that is, in the interior of the dual relation with the mother figure. The progressive differentiation of that figure, making the continuity of a state in which it was felt by the baby as a “subjective object” (WINNICOTT, 1975A, P. 121) impossible, created by its omnipotence manipulable at will, confronts the baby with the existence of alterity, favoring the emergence of its own egoic sense. Initially rejected and “destroyed” in fantasy, that mother progressively “objective object”, in surviving without retaliating, that is, keeping the amorous welcoming attitude, allows the transformation of the initial sense of guilt into atonement movement, a seed of the beginning of the process of the human baby's social insertion. It is in that dual relation, in the context of loving presence — and not of threat of repression — that the human baby experiments the limit experience and the excess to alterity. It is in that moment of the process that, in Winnicott's understanding, the ethical sense and the spontaneous

⁹The absence of clinical experience with babies and their mothers and with regressed patients in their process of emotional development are certainly among the main reasons that allow us to comprehend the theoretical position adopted by Freud at his time.

superego emerge. Thus, it was Winnicott's clinical experience that led him to frontally diverge from the conception of nature encamped by Freud, overcoming the 'natural determinisms' and subordinating the actualization of natural tendencies, for each individual, to the behavior of their specific environment.

The applicability of both theories is not limited, obviously, to clinical practice: they are bearers of fundamental anthropological conceptions, having, therefore, important consequences on the conception of social life. Among those fundamental divergences, it is important to consider the issue of fantasy. Conceived by Freud as expression of a pathology in which is expressed the individual's difficulty to accept the frustration imposed by the principle of reality, fantasy¹⁰ is, to Winnicott, a fundamental attribute of the human species, an expression of the capacity of imaginary elaboration of their experiences, groundwork of their creativity and necessary mediation in their relations with the world of objects. It is that conception that allows him to reject determinisms, sustaining the historicity of human experience.

The participation of creativity in human life is very important to Winnicott, to the point that the author considers it responsible for the emergence of the feeling that life is worth living (WINNICOTT, 1975B, P. 137). He affirms, indeed, that for each individual, that fundamental feeling depends on creativity being a part of his living experience. The tendency to act creatively is natural in the human being, but, in order to practice it, it needs to have "a base from which to operate", a base that consists in the "sense of existence" conquered by the individual, a conquest in which the environment's welcoming is essential. Equally necessary is the respect for the environment of the spontaneous action, without which there is no base for creativity. It is, therefore, spontaneity, expression of the human nature's

tendency to liberty, which constitutes the fundamental condition of creativity. And since creativity is inherent to being alive, being the most natural way of the human being to relate to the world, spontaneity and liberty are also proper to living. Creation is, then, inherent to the relationship of the human being with the world of objects, but no relationship will really have meaning if a being is not there. Only "an established existent", writes Winnicott, "can experiment the searching and the finding of an object as a creative act". That is the reason why, to Winnicott, the being precedes the doing, and the "I am" gives meaning to the "I do" (WINNICOTT, 1999, P. 112). The sense-of-being, in turn, emerges from the experience in which the doing by impulse has predominance over the reactive doing. The origin of the sense-of-being is, thus, "the tendency inherited from the individual to be and remain alive and to relate to the objects that come up on the way during the moments of obtaining something" (WINNICOTT, 1999, P. 43). Product of the spontaneous living, the emergence of the being also has a fundamental role for health: "to be and to feel real regard essentially health" – writes Winnicott – and

we can only move one to more objective affairs if we assure the being. I sustain that that is not a mere judgement of value, but that there is a bond between individual emotional health and the sense of feeling real. (1999, P. 27).

In the political and philosophical reflection, the issue of freedom has been traditionally thought along with the necessity to establish the necessary conditions for social living, which supposes making compatible individual freedom with the validity of an ethics based on the respect of alterity. In the context of an anthropological theory that understands man as an antisocial being, that compatibility could only be established based on a repressive process that

¹⁰ It is true that Freud approaches the relation of fantasy with creativity, but does so regarding those who possess a privileged artistic gift.

results in grave limitation of freedom. As it could be seen, Winnicott protests against that conception. In his perspective, it is part of human nature the tendency to the emergence of the ethical sense, based on the natural faculty of empathy, which is actualized in the context of an amorous and welcoming environment, respectful of the baby's spontaneous acting. It is in that context that the spontaneous ethical sense and the spontaneous superego emerge, which can not be substituted, although should be complemented by the superego — imposed by society — studied by Freud. To Winnicott, then, the ethical values that make the individual capable of living in society result from the spontaneous experience of the individual, and not of an imposition of society. They emerge from a relation characterized by amorous welcoming, and not from an experience characterized by threat and repression. The spontaneous experience to which he refers is part of the experience of conquest of the sense of concerning in the scenery of 'depressive position' and of the loving answer of the mother who does not retaliate to the destruction operated in fantasy by the baby. It is that love that survives the attack that permits the actualization of the natural sense of empathy in the human baby. It was that understanding that led Winnicott to writing that moral education is not a substitute for love. The respect for the primary environment of the expression of spontaneity of the baby is of such importance to the English author that he defines the essence of cruelty as the destruction in the individual of that degree of hope that makes sense from creative impulse and from the living and thinking creatively. It is that freedom of impulse that makes life be felt as real and worth living, leading to a creative view of the world and of the objects.

In the convergence of the historicist perspective, of affirmation of spontaneity as condition for the emergence of the

singularity of the subject as a creative subject, and of the possibility to favor the emergence of the natural tendency to solidarity, arises Winnicott's conviction relative to the viability of cementing social living in democratic societies, capable of attending to the basic needs of the individuals, of respecting the free expression of their singularities, and favoring the expansion of their natural tendency to empathy. In certain moments in a determined society — he writes —,

there is sufficient maturity in the emotional development of a sufficient proportion of individuals who compose it, that there is an innate tendency towards creation, recreation, and the maintenance of the democratic machine. (WINNICOTT, 1999, P. 192).

It concerns a possibility, made possible by the characteristics of the species, by its historicity, and by the tendency to creativity and to empathy. In opposite way, the Freudian conception of men as being naturally a predator wolf to his kind makes it impossible to conceive a truly democratic society, making repression a condition of social life. To say that the human characteristics do not exclude the viability of the construction of democratic societies is to say that these are not impossible, allowing them to be thought as a possible product of the species' creativity and empathy; It is, doubtlessly, about a difficult conquest, but not unachievable, demanding, for its implementation, the dissemination of democratic practices in the set of social relations. The contemporary crisis does not appear to be a crisis of the 'paternal function', although the crisis of authority in it is evident. In a multifaceted way, the contemporary crisis express that of the patriarchate. It is certainly an option to respond to that crisis exacerbating the authoritarianism in attempt to 'reinforce' the patriarchal power. Alternatively, it can be faced deepening the

social practices presided by attitudes of empathy and care, progressively substituting the practices guided by competition. The social practices inspired by empathy and organized in attitudes related to the 'care' may be strengthened by the recovery of experiences of communication and relationship proper of the primary relation. Those experiences, as it could be seen, were devalorized and rejected in the context of the uncontested validity of the patriarchal power, by repressive process. The decadence of the patriarchal domination can, thus, favor the expansion of those tendencies to empathy and to care, making them independent from the necessary experiences acceptance of limits and limitation of omnipotence.

Thus, creativity and fantasy are central in the Winnicottian conception on individual and social life. Added to the importance attributed to the natural empathic affections, and to the participation of the environment in the constitution of subjectivities, fantasy and creativity sustain Winnicott's historicist thought. The hope in the possibility of construction of a more solidarity-oriented, free, and democratic society is not deposited by Winnicott in the development of rationality in social life, but in the expansion of the empathic power of human nature.

Some may certainly affirm that all these expectations constitute an infeasible utopia, but to such affirmation one can answer that nobody knows what a truly democratic society is capable. Considering naïve the expectation of a human society organized around values of solidarity and empathy, substituting individualistic and competitive values, is the same as considering naïve the work oriented towards building truly democratic societies. Winnicott does not project any earthly paradise and does not ignore that life is not easy, but his experience led him to abandon the presuppositions that sustain wickedness as a neutral unchangeable characteristic of the human, at the

same time that it taught him the meaning of human creativity and the need to reject determinism in the knowledges about life.

Final considerations

Being a knowledge about man, the theory of primitive emotional development constitutes a valuable tool for the comprehension of the human phenomenon in society. It provides valuable understandings about man's emotional needs, which must be attended as condition to build a social life of solidarity and freedom. The meaning of life depends, according to this theory, on the respect to the singularity and to the spontaneous living of each individual, which is only possible to all in societies that are free and democratic. Spontaneity — feedstock of freedom — constitutes the spinal cord of the Winnicottian conception on the primitive emotional development. Its absence inhibits the experience of a creative living, and this is a condition so that the individual feels that life is worth living. That feeling sustains the meaning of life, which must not be confused with its significance. The latter is a collective production that organizes a set of representations that, at a certain historical moment, provides the answers accepted as beliefs by the collective, building the significance of life. The 'great narratives' have historically played this role. Significances are an intellectual construction traversed by affection and, as a historical production, they are contingent. Meaning is related to man's insertion in nature, with the creative actualization of his natural tendencies and with the creative and solidarity-oriented insertion in the human collective. The meaning of life does not depend on having answers to fundamental questions, but on that double insertion in nature and in the collective. This, as Boaventura recalls, the abandonment of the great narratives can not lead to the irresponsible thesis of the fragmentation

and contingency that attributes the order in the world exclusively to consciousness and language.

The dimension of the contemporary crisis makes it urgent the emergence of a new paradigm that organizes man's way of thinking and society and allows to act accordingly. The deep transformations operated in the comprehension of the being and of nature make care the central operator in the construction of that emerging paradigm. The omnipotence of the paradigm of domination built the imagery that sustains the possibility of an infinite economic growth, ignoring that resources are finite¹¹. The ignorance of that same paradigm of itself, about the constitutive character of sociability and about the nature of emotional life has led subjects to this situation of extremely severe impasses in the relation to nature and in social life. The emerging paradigm, having care its

central operator, welcomes the complexity of the real and of its forms of apprehension. It does not despise scientific knowledge or technological achievements, but emphatically claims the importance of other forms of knowledge that, informing about themselves and about their insertion in nature, sustain the emergence of a wisdom of life. The emerging paradigm values reason, knowing, however, that no form of knowledge, isolated, is rational, but only the set of all of them may be so (SANTOS, 2000). Being indispensable, reason does not provide any definitive truth, but harmonized with the set of knowledges it is capable of offering understandings about man, about nature, and about his relations to it, aiming at constructing a decent life, in which it is possible to overcome the situation denounced by Rousseau in his own time, of honor without virtue, knowledge without wisdom, and pleasure without happiness. ■

References

CASTORIADIS, C. *A constituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

KUHN, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*. 2. ed., Chicago: University of Chicago Press, 1970.

SANTOS, S. B. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Rio de Janeiro: Cortez Editora, 2000.

_____. *Um discurso sobre a ciência*. 5 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

WINNICOTT, D. W. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000d, p. 288-304.

_____. Moral e educação. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983, p. 114-127.

_____. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a, p. 218-253.

_____. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982, p. 70-78.

_____. A mente e sua relação com o psicossoma. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000e, p. 332-341.

_____. A posição depressiva no desenvolvimento

¹¹ It is illustrative in this regard the video 'The history of things'. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=k_rbYcBi-Jw>.

emocional normal. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000c, p. 355-373.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 316-331.

_____. A localização da experiência cultural. In:

_____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975b, p. 133-143.

_____. O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: _____. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975a, p. 121-132.

_____. Sum: eu sou. In: _____. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 41-51.

English version: Annabella Blyth

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): reasons and affections of a strategic path advocating a National Policy for Comprehensive Child Health Care

Liliane Mendes Penello¹, Selma Eschenazi do Rosario²

ABSTRACT The article presents the path taken by the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) — an initiative of *Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Fernandes Figueira* in partnership with the Ministry of Health / General Coordination of Child Health and Breastfeeding (*Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM*) for the construction of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC*), recently constituted by Ordinance MS/GM nr 1130 of 5th August 2015. The article focuses on the second stage of this research-intervention and seeks to answer two main questions: why does the health field — focusing on health production — (still) need strategic proposals that aim at the integral care of children and their caregivers? And, while regarding a strategic construction, which tactics have been prioritized for the proposition of resolute actions to confront the iniquities related to this agenda? The meaning of the term ‘strategy’, at a certain historical period, initiates this discussion with theoretical and conceptual contributions linking them to the paradigm of care and the production of health in the third millennium. Regarding ‘the ways of doing’, the article presents the EBBS experience with health professionals’ training, prioritizing relational technologies as a basis for innovation. The strengthening of the inter-federative pact between actors of the three levels of the federation with the civil society’s participation resulted in the PNAISC formulation, a public policy that recognizes the child full development as a priority agenda to be considered for the sustainable development of the country.

KEYWORDS Public health policy; Child development; Strategies; Child health; Child care.

¹Psychiatrist and group psychotherapist. Master in Public Health from Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Coordinator of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC). lpenello@gmail.com

²Psychologist and psychoanalyst. Master in Psychology from Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development and group formation, and tutor at the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC). selmarosario@hotmail.com

Introduction

The real voyage of discovery consists not in seeking new landscapes, but in having new eyes.

(PROUST, M.)

The *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* — First Steps Towards National Development (EBBS) was presented in 2007 within the *Mais Saúde* (More Health), a strategic program launched by the Ministry of Health gathering a set of directives defined around seven main axes. Within a partnership between the Ministry of Health and the *Fundação Oswaldo Cruz*, the EBBS emerged as a proposal directed to comprehensive child health care, constituting the axis directed to health promotion. The EBBS was formalized by Ordinance MS/GM nr 2395 of 7th October 2009 (BRASIL, 2009); for its construction legal and institutional frameworks were taken into consideration, as well as international and national theoretical and technical recommendations, and successful experiences of programs and policies beyond the health field, such as education, social assistance and culture. According to Temporão and Penello (2010), those frameworks encompassed actions directed to children in a field in which health was included as a fertile terrain for the increment of initiatives directed to emotional development aspects, with special attention to the early years of life. Noteworthy is the unquestionable link between personal and social growth, based on the full and healthy child development and the importance of infancy (in Brazil, the period corresponding from birth to six years of age, i.e., approximately 20 million children) as the stage of life that comprises a differentiated, but not completed, time for health production and life quality. The global recognition, actualized by neuroscience researches on the importance of the relation between each citizen's growth and the development of the society and the country

— with the observation of the repercussions in the adult world, the completeness of individual capacities and abilities for the creation of bonds, interaction and confrontation of personal and collective challenges — in a world that claims for sustainability and care, recommends the intrepid advocating of a child agenda with stimulus to public policies that make clear this virtuous relation: favoring healthy infancy means favoring a sustainable world.

In this perspective, this article aims at following the paths traced by the EBBS initiative, considering basically two questions: why does the health field — focusing on health production — (still) need strategic proposals, such as this one, to support a public policy that aims at contributing to the confrontation with the iniquities, by promoting integral care of children and their caregivers? And secondly, while regarding a strategic construction, which tactics have been prioritized?

The highlight for the first question draws the attention, as pointed out before, to advocating the human necessity of care as a (still) pressing issue of the third millennium. This discussion may be deepened by reading Plastino (2015). The paradigm of care clearly presents the challenge of the integration and integrality of the actions aiming at personal and social growth: only the care that is 'incarnated' in a human being may be transmitted to another, as to promote a link between present and past and future, recognizing in infancy, in the here and now, a stage that is extremely important for the definition of this continuity line for a full existence.

This care that involves each subject preceding the individual existence has an emotional and affective contour beyond a biologically conceived environment; and throughout time, along the history of man, it is presented in association with the possibility to love. Love as explained by Maturana (1998): loving is accepting the other as a legitimate other, in the relation, allowing for

the affective expression to be set next to the other, or in her place, though recognizing one's own place. In other words, translating Sennet (2012): empathy and sympathy as ways of presentation of affection capable of sustaining actions directed to the social sphere, amplifying the chances to identify and to face, in a country of continental extension like Brazil, the innumerable issues of its different infancies.

All the conditions for human growth and its development in society are considered, and the social determination for health (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) as a fundamental item of this understanding, but the strategic option is to defend the potentialities, capacities and abilities for personal and collective changes: the challenge is on the construction of public policies that are capable of defending and promoting, through its principles and actions, a life facilitating environment (PENELLO, 2013)¹.

There is an ongoing process of democratic improvement in the country that is fundamental for the development of humanitarian awareness, according to Berlinguer (1978). It is related to the understanding that health is a right of the person in relation to its collectivity, i.e., the quality of the health care for each citizen must interest the entire community. For this purpose, it is necessary to have permanent promotion of this awareness by means of all social apparatuses and equipments.

This proposal considers the disregard for the respect of rights, as well as the innumerable efforts made to reach a new level of health for the entire Brazilian population. The design of EBBS, its way of thinking and doing, based on the dialogical abilities, seeks this conversation between different representatives of the various governmental spheres, believing in the necessary changes in mentality, aiming at the strengthening of a civilization project sheltered in the proposal of well-being and quality of life that lies in the essence of the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*).

At a given historical period, the term 'strategy' gains a special connotation based on the recognition of the importance of action plans' construction in war time and their interventions, aiming at the desired victories on the primordial negotiation work and the conquests defined on the strategic health plan, and the advancement represented by the conception and application of a comprehensive child health care strategy permeated by care. As to the 'ways of doing' or the prioritized 'tactics', it reports to experiences with the use of relational technologies as a base for important innovations, in which field professionals could have the opportunity to build up and strengthen bonds, negotiating and formulating in their territories the National Policy for Comprehensive Child Health Care (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC*) – recently launched by the Minister of Health, by the Ordinance MS/GM nr 1130².

On strategies and tactics: historical aspects

The discussion on the meaning and use of the term 'strategy' aims at seeking for the historical comprehension of the word, favoring its understanding for the appropriation in the present, with possible innovative contributions from the partners group acting in this field of work: the strengthening of the inter-federative pact advocating comprehensive child health care in the country.

Strategy comes from the Greek word *strategós*, composed of *stratós* – army – and *ágein* (or *ago*) – conduct, leadership, command –, initially meaning the art of the general (LOBATO ET AL., 2013). Its original understanding and its use in the military environment focused on the 'ability' to develop a plan, a method, a set of 'stratagems and maneuvers' in a war, with the necessary planning for complex tasks, that comprised several levels of action aiming at the specific 'achievement of an objective or result'.

¹ A life facilitating environment regards the "process that comprises the necessary environmental support for the child and its family to receive adequate psychic and physical care for the development and achievement of autonomy and preparation for life. It involves establishing bonds between children, relatives and professionals who are active in the integral attention to children and community" (PENELLO, 2013, P. 291).

² Ordinance MS/GM nr 1130 of 5th August 2015.

Approximately in the year 500 B.C. appears in China the first work specifically directed to the concept of strategy, yet not mentioning the term: 'The Art of War' (TZU, 2006). In the foreword of the Brazilian edition of the book, the translator Sueli Cassal admits that Sun Tzu, its author, may have been a legendary figure, a strategist and philosopher who would have commanded and won many battles. There are, though, documents from the commentator Se-Ma Ts'ien, 1st century B.C, mentioning the man Sun Tzu born in the province of Ch'I, whose ideas and experiences reported in the brief 13 chapters of the book draw the attention of King Ho Lu, from Wu, who nominated him as a General. In order to achieve victory, Sun Tzu presented the method that he considered the most efficient in terms of economy of resources and to prevent weakening 'with the concern for an ethical conduct due to dealing with life and death of people' [emphasis added]. Sun Tzu's treaty gathered all relevant aspects guided by rationality and based on the figure of an astute, 'sharp', capable of keeping secrecy, dissimulated and surprising. Hirata (2013) comments the 12 lessons of General Sun Tzu, which were synthetically reproduced for reflection given its actuality: His lessons begin with the assertion that 'in a contest between humans, it is fundamental to know yourself and the other' [emphasis added]. The idea that self-knowledge and the knowledge of the opponent are critical factors of any strategic planning was essential for Sun Tzu. In other words, the recognition of what is not known becomes the fastest way to find solutions in a scenario of uncertainties, expanding the possibilities of breaking mental patterns that limit individuals when having to solve high-complexity problems, and generating innovative solutions in a situation of intense pressure. The second lesson refers to the 'Art of War' as a matter of life and death, which in no circumstance should be neglected, strengthening the purpose of

negotiation and the opening of agendas, facilitating the process of the understanding of mutual interests.

This difficult process may benefit from an ability turned into a basic negotiation tool that is the capacity to listen. Sun Tzu (2006) says that being capable of listening leads to understanding 'the other side' [emphasis added], being ready to accept the other's arguments and to respect the other's opinion, thought or sentiment. Nevertheless, it is not enough to like or use many words; it is necessary that the negotiations meet the discourse and are effectively turned into acts and actions for the sake of credibility.

When negotiation is not possible, the recommended way out is to focus on one's own discernment on the timing to advance, to retreat, or even stop, requiring the interference of hierarchical superiors for decisions to be made. Tzu affirms that an intelligent warrior not only wins, but also wins easily; one should consider as a strategic mistake the decision that demands huge efforts to be employed in a contest. Thus, the strategic preparation for a negotiation is not reduced to merely designing the strategy, but it also demands the reiteratively simulated training in order that all tactics are executed with a maximum perfection (GANDRA, 2011).

Miyamoto Musashi, the most famous samurai in Japan, born in 1584, is remembered, together with Sun Tzu and Niccolò Machiavelli, as one of the three greatest strategists historically mentioned. In 1643 he wrote his important and brief treaty, '*Go Rin No Sho*' or 'The Book of Five Rings' (MUSASHI, 2010), presenting his teachings and strategies to win a combat, according to the five fundamental elements of Buddhist philosophy: earth, water, fire, wind, and void. In the 'Book of Earth', Musashi deals with the path of strategy, mentioning the importance of planning, organization and leadership. He explains that the Moral Law or the warrior's code of honor is fundamental to dignify his victory over the opponents and

allow him to obtain fame and prestige. For this, he must dedicate time to the understanding of themes such as the distribution of tasks, leadership, motivation, dedication, and perseverance that permeate the relations between commander and those being commanded. In the ‘Book of Water’, he presents methods, movements, time (rhythm) and postures of the martial arts school *Niten Ichi* to achieve victory. Gandra (2012) points out that for Musashi there is rhythm for everything in life: managers, warriors, merchants, all must be able to discern those rhythms of things and this is utterly important in strategy. Musashi shows that it is easier to win when knowing the opponents’ rhythm and confronting him with a rhythm that he does not know. The ‘Book of Fire’ refers to the combat itself, teaching how to manipulate the spirit, to deceive and surprise the opponent regardless of his size or strength. For this, one must be concerned with continuous training, with quick decision-making, anticipating the enemy’s movements still as an intention (*ex-ante*). The ‘Book of Wind’ highlights the importance of knowing the tradition and the styles of the opponents, in which the most important is to keep the predictability of the actions agreed upon within the limits of tolerance: not to allow pressures for anticipations that may jeopardize the planning, diverting the project from its path. In the ‘Book of Void’, he recommends not deviating from the *bushido* (way/essence of the warrior) and the search for the understanding of things, not permitting that what is not understood is interpreted as void.

Preceding in 130 years Musashi’s publication, in 1513 Niccolò Machiavelli (2001) wrote ‘The Prince’. Published posthumously in 1532, the book presents, in this strategy perspective, that a good Prince is the one capable of using the good moments of ‘fortune’, i.e., moments of luck that are propitious for action. But it is not merely to wait for a chance or an opportunity. It is also

necessary to associate them to ‘virtue’, i.e., character and ability:

it is necessary that the Prince’s spirit is willing to go where the winds of fortune and the variation of things order him to; and [...] not to move away from the good, if possible, but know how to enter the evil, if necessary. (MAQUIAVEL, 2001, P. 70).

On the importance of the Prince to know the ‘art of war’ and the territory where battles will be fought, Machiavelli writes (2001, P. 70): Therefore, the Prince should not deviate his thought for a sole moment from the exercise of war, which can be made in two ways: one with action, the other with the mind”. When referring to action, the author suggests that it is necessary to

learn about the nature of places and know how the hills rise, how the valleys fall, how the planes extend, and learn about the nature of rivers and swamps, with great attention to all of it. (P. 70).

Useful knowledge, because one learns to know the country and one can identify the defenses that it offers and easily understand any other region to be observed, “in such a way that, from the knowledge of a province’s terrain one can easily move to others” (MAQUIAVEL, 2001, P. 70).

Machiavelli (2001) also refers to the exercise of the mind: an intelligent Prince must observe this similarity of conduct, never being inactive in peace time, because when fortune changes he will be prepared to resist.

Seeking the understanding of the term ‘strategy’ in the present, one observes that it has been used to designate the path or action most suitable to be executed as to overcome a problem and achieve an objective or a goal (LOBATO, 2013). Von Neumann and Morgenstern (1944, P. 79), who created the Theory of Games, define ‘strategy’ as “a

complete plan that specifies which choices can be made in each possible situation". This means that the strategy defines its own goals, taking into consideration the restrictions and uncertainties; but, further on, it must bear the possibility of changes, being constantly re-evaluated and revised according to changes in the parameters. The main aspect is the formulation of a strategy that comprises both the planning and the execution of actions; it is fundamental to follow and evaluate if the operational work is being carried out in accordance to the plan and whether there are more efficient ways to do the work, translating the strategic objectives into performance indicators. In this perspective, there is no possibility that a strategy be implemented without the choice of the appropriate tactics for the intended purpose. The tactics, a term originating in the Greek word *taktika*, comprises the way of organizing available resources and means to be used in order to achieve, in a favorable way, the goals indicated by a strategy. Thus, the articulated choice of 'what to do' and of 'how to do' reflects on the operational model with the definition of the art to carry out a task achieving the strategic objectives. As to highlight the importance of this articulation between strategy and tactics, another historic strategist in the art of war to be remembered is Napoleon Bonaparte, who said that, regarding strategy, the application is decisive. The influence in the present days of the historical construction of this term is thus perceptible with all the uses, applications, analogies, and metaphors, well-known in the world of business and enterprises. Nevertheless, the greater availability of technological and communicational resources enables greater chances of success in monitoring the attainment of the objectives, with the clear definition of indicators and constant assessment of the process of formulation and implementation of the strategy. However, the challenges remain in its social and political construction.

Karnal (2014) presents the concept of leadership quoting Machiavelli, especially chapter eighteen of 'The Prince'. He says that leadership demands a combination, constantly orchestrated by Fortune (fortuitous factors) with Virtue (abilities, technical capacities) of the leader, and this conjugation will certainly influence the strategy that he builds. He stresses that, however good the strategy is – with rationality or attempting to foresee activities and actions – there is no way to foresee the future, which is unreachable. But he understands that the greater resilience and strength of the ethical leadership functions when: having knowledge on the work field; not disregarding intuition; being able to listen, thus expanding the capacity for dialogue; demonstrating capacity to resist small 'crisis in continuity'. Expanding Virtue as to face Fortune.

Having dedicated all his life to strategic planning directed to the health field, Testa (2000) states that one cannot understand and carry out actions to modify the situation of health without understanding it as an issue of power. Thinking health as a social issue is the core of public health. Thus, how can one think the social issue as to be able to conceive mediations for the actions that actually count?

In this perspective, the author alerts to a strategic posture that includes health professionals as social actors, implicated in history, with the clear perception that in order to transform reality it is necessary to consider the genetic fundamentals and the situational and experiential bases that permeate the builders of history, i.e., the people in their daily life. For Testa, this social-historical process is discursively structured as a logic of action or a theory that sustains a practice; thus, what is really strategic is to work in the field for the articulation between theory and practice, with a methodology that considers the logic of action and that enables the transformation of behaviors in daily life, a fundamental issue in public

health.

Testa (2000) strongly believes in this understanding of reality that constitutes and is constituted by the subjects in relation. The exercise of this relational ability makes them capable of collectively producing changes as from a historical process that is developed simultaneously to their gradual institution as subjects acting socially or as a group, which enables them, also, to become an ‘instrument’ of transformation, democratization and participatory action, while equally suffering the effects of that transformation.

Testa (2000) affirms the hope (no longer the illusion) of strategic possibilities for the necessary changes especially regarding the organizational aspects for the provision of health services.

In a relatively recent publication in which there is a revision of strategic planning in Brazil, Teixeira (2010, p. 131) presents the entry ‘strategy’: “it is not a way to reach the goal, but a way to be in a position to approximate as to reach the goal: gain space, gain time, and establish favorable conditions for our own performance [...]”.

Thus, strategy is also understood as a process that implies the increase or decrease of power from the social actors involved in the formulation and implementation of a policy that defines the set of actions carried out with the intention of reaching the proposed objective, thus producing the desired effect on a given situation.

With this formulation one encounters an affinity with the term ‘empowerment’, which has been used quite often; it means the empowerment of people as citizens who are aware and co-responsible, and who are stimulated to assume their facet as ‘political subjects’, with an active voice, critical awareness, but also endowed with responsibilities to ‘do their part’. It means that it is not about a mere distribution of power, but rather a collective production, considering that from encounters and divergences coexists a plan of forces with the other, that of

forms (ESCOSSIA; TEDESCO, 2009). Such encounters, according also to Elias, are not products

[...] of an interaction between an ‘inside’ and an outside originally distinct, but they constitute a function and a precipitate of relations, that may only be understood — as the image of a thread in a web — from the totality of the network. (ELIAS, 1994, P. 36).

The understanding by the EBBS of a shared strategy becomes visible in the methodology adopted for the management of issues, especially relational, towards which it is directed: the unbalance of forces in the relation with the opponents is of no interest; but, rather, working on the plan of (intensive) forces as a composition, something in the sphere of the encounter, of collective strengthening and potentiating, recognizing and considering the opponents along the way.

The use of Richard Sennet’s book (2012) in this path and strategic perspective has been utterly important for the understanding of the value of cooperation — treated in the book from its conceptual understanding to the required abilities to put it into action, in the field of practices, and in the professional’s and manager’s daily use. Even more important because it has made an efficient interaction with the principle of life facilitator environment, that is a highly esteemed construction for the EBBS. A great deal of this work regards the challenge to approximate this ‘harder’ language of the strategists of war to the language of the sphere of the sensible, as it is usually emphasized, with greater benefit in the sense of better negotiation and satisfactory results for the well-being of those involved in this task of health production.

Therefore, further than approximating the EBBS’s path to the historical teachings of the above mentioned strategists, one may ask what use is made of those teachings. In which aspects is the strategic project

distinct from this classical understanding? Which strategy is interesting to follow? What are the purposes and values that guided this trajectory? What is the differential of this work?

Perhaps rather than answering these questions, the intention is to tell the history of a path, regarding the ways of thinking and of doing that have gradually been constituted, based on the trilogy Care, Cartography, and Groupality, functioning in a dynamic way as conceptual operators guiding this trajectory (MAIA ET AL., 2015).

The contribution of the EBBS for the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC): reaffirming a certain way of thinking and doing

Only the essential care may generate environmental sustainability and full development.

(BOFF, L.)

When the EBBS was nominated and announced, there was certainly no War plan in mind, as per Sun Tzu (2006), Musashi (2010) or Machiavelli (2001); but there was, as there is, the clear intention of making increasingly visible — considering, among others, the principle of humanization in health field — the defense of a national agenda directed toward the full development of the Brazilian children, linking it to sustainable social development: a strategic agenda regarding the construction of citizenship, starting from the idea of the production of health, happiness and life with quality. In this context, it is not about War; rather, it is about a conquest by overcoming the challenges pertinent to the

cause of infancy.

The idea here is to present the actions that make apparent the ways of thinking and doing of the EBBS permeated by the so-called dialogical abilities: listen carefully, act tactfully, find convergence points, and manage disagreements. Edgar Morin (2003, p. 97) reaffirms these points:

[...] a way of thinking, capable of uniting and solidarizing disjoint knowledge, is capable of unfolding in an ethics of union and solidarity among humans. A thought capable of not being restricted to the local and particular, but rather of conceiving the ensembles, would be apt to favor the sense of responsibility and citizenship. Thus, the reform of thought would have existential, ethical and civic consequences.

When proposing integral attention to child health there was the awareness that the work aims at changes in mentality. Children and infancy usually dwell in people's imaginary as a place 'in the future', an understanding that there is plenty of time for the production of policies, definition of actors and interventions for a population that will grow and, then, demand care: care 'of health' invariably demanded when disease is the protagonist. The modern conception of time as something directed to the future extends and moves away the space of experiences and the horizon of expectations for actions. This is the way many professionals in the field still perceive the path of attention and conduct themselves in their daily practices, making use or not of the protocols of good practices and techniques. For this reason, we agree with Testa (2000, p. 13) when he writes:

[...] daily life is where the sense of world is present, where one experiences the pleasures and sufferings that are implicit in the way each social group and each individual feel the practical consequences that are realized,

especially those that correspond to policies that have a very significant impact on the conditions of daily life.

The development of the awareness in health, thus, is directed not only to those who are out of the specific field. There is the idea that an important contribution in this aspect is to draw the attention of the entire society for the complexity of health production, using all pertinent information and sensitizing means, referring with greater vigor to its relational aspect that indicates how much the emotional and affection environment that involves each human being makes a difference in its development; a kind of work that enables all individuals to perceive the continuity of their existence, including their traumatic experiences with no insurmountable ruptures, as a way of health. Something that permits perceiving, for example, that the adolescent in conflict with the law has been that same child who may not have had a favorable family environment for its growing up and development, due to absence or omission of care, both within the closer sphere of the family and the community, and the care that should have been offered by the representatives of public authorities³, or by their violent and intrusive presence. A more consolidated construction due to the current contributions of neuroscience, which corroborate what psychology and psychoanalysis have affirmed for a long time, that those primeval experiences do have a repercussion on health, on mental health, on the disposition to feel alive and capable of valuing not only the own life, but also the life of other humans in relation. A recognition that antisocial conducts of individuals happen not causally, but are, rather, the result from shared social history. So it happens that, when the Law appears belatedly, when committing violations, there will be little action, except for institutional or prison contention with regenerative or

corrective intention, instead of the vitalizing potency represented by the loving and sheltering bond previously denied or destroyed in the family sphere, or by the State as caregiver, due to different determinants of this same society in which the child lives. It is within this articulation between the promotion of a facilitating environment (provider of physical and emotional care) and the social determinants of health that resides the belief of the EBBS for the development of strategies that intermediate this encounter, without representing an invasion in each family's life, i.e., the public authority being at the service of families, and not wanting to control their ways of living. Utopia? Perhaps some may think this way; but the understanding is to strategically work on public actions in the field of health hoping to build a better world for everyone.

When referring to social, cultural, intellectual, cognitive, and psychological determinants, there is no rendering to an understanding of limiting cause-effect of their impact on the life and destiny of the child. On the contrary, the intention is to draw the attention to a new possibility of understanding society with the notion, defended by Benjamin (*APUD TESTA, 2000*), that history is the construction of a full time, a time that is now, that re-values the unexpected and questions normativity. Thus, to search, for instance, in education an unconditional refuge, a counter-destiny, that can only happen if the children are not determined by what conditions them, but by their potentialities; not by what determines them, but by what indeterminates them. With this understanding, educator Larossa (2013) adds:

education works with potencies, not with conditions. Of course there are children that are rich, poor, big, black, with special needs, with an unstructured family [...]. But I believe that we must give attention to the potencies, not to the impotencies.

³ Absence of day nursery, schools and health services, and other sorts of necessary care to be provided.

A candescent example of the need of this change in mentality, this reform of the way of thinking on how to deal with human complexity, with the construction of the human, in its child and adolescent moment, is the recent approval by the *Câmara dos Deputados* (House of Representatives) of the *Maioridade Penal* (Penal Majority) (PEC nr 171/1993)⁴, despite the great mobilization of important sectors of the Brazilian society.

Understanding that one is dealing today with the future of those children and those adolescents, and that today one speaks to citizens, children, youth, parents, relatives, those in charge, and professional caregivers, we bring the ideas of Larossa (2013) on how to relate to children and their future:

[...] birth is captured by this idea of future in which the children are placed in the position to continue for some time. [...] They must be the future of economy, of Brazil, of democracy, of equity. We transform the children in the genesis of a future that is not their own, but of something else that goes by them.

This modern figure of infancy, when it is the raw material for the construction of a distinct world, becomes the zero-point of a process of development or apprenticeship. According to Larossa, infancy is neither the raw material for the realization of our ideals, nor is it this zero-point of a psychological development process. Infancy has to do with the possibility of starting. “This is why we talk so much of the ‘new’. Children are ‘the newest’ and they bring with them the possibility of a re-starting, more than the commitment to continuity” (LAROSSA, 2013).

In this perspective of the opening to the new, to the happening that is sensible to the unexpected relational, that brings the possibility of a new way of thinking and doing, including the public policies directed to children, the work carried out by the EBBS

in 2009-2010 was presented in December 2010 in the book ‘*O futuro hoje*’ (The future today)⁵. It reports the paths followed during the process of implementation of the EBBS in its pilot project, a moment known as phase 1 of the project. The implementation process of the EBBS in the pilot localities was also evaluated by means of a fourth-generation assessment research⁶. An assessment that enabled the construction of a logical model constituted by a set of principles, directives, and apparatuses to foment local initiatives nationally coordinated. Later, another publication (PENELLO; LUGARINHO, 2013) brings the conclusions of this research, new registers of the experiences of the supporters in the municipalities, presenting also the advances in the conceptual and operational constructions of the EBBS, such as passing from the concept of an emotional facilitating environment (WINNICOTT, 1979, p. 63) to the principle of life facilitating environment, orienting healthy public policies. The successful experience of the pilot project carried out in Rio de Janeiro, Florianópolis, Rio Branco, Campo Grande, Santa Filomena, and Araripina, with the extension of an intersectoral approach in innumerable issues identified as challenges for the comprehensive child care, produced the recommendations presented below, enabling the contribution of the EBBS to the formulation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care, according to Mendes (2012), as follows:

- Articulation of policies and adjustment of actions to the local context for the integral care in infancy;
- Changes in the management practices and care/production of new practices as from the insertion of the theme facilitator environment for child development;
- Increase of the protagonism of families in the production of care, considering their social determination;
- Development of intersectoral work

⁴ Until 27th August 2015 the PEC nr 171/1993 had not been voted by the Federal Senate for its final approval or disapproval.

⁵ The fascicle ‘*O futuro hoje*’ is part of the collection on the Millennium Development Goals (MDG) defined by the United Nations; it discusses the MDG 4, related to the reduction of child mortality in Brazil and reports stage 1 of the project.

⁶ Assessment research whose core was the negotiation process between those involved in the realization of the task coordinated by a team of the *Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz*.

between different actors and governmental and non-governmental services;

- Increase of decision sharing between professionals of care and of management;
- Increase of care practices sharing and activation of collectives directed to the production of actions for family planning, pregnancy, birth labor, puerperium, and child development up to 6 years of age, later extended to 9 years of age.

Having defined these propositions, the EBBS established a partnership with the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (*Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno* – CGSCAM) of the Ministry of Health, counting on the active participation of all Brazilian states, capitals and the Federal District administrations. To carry out this new phase of the project, the importance of institutional support was especially considered as to favor this movement of approximating initiatives within a continental territory such as the Brazilian. Therefore, consultants on child health were hired for each locality and one consultant/supporter was defined per state. Subsequently, it was observed that a conceptual and operational, managerial, alignment was necessary for the support that the state consultants would provide to the actions of the coordinators of child health within the territories. Local differences, besides political and technical issues to be tackled, demanded daring solutions as to contemplate the designed objectives and the desired results. Thus, a proposal came up of a tactic arrangement that defined three main axes, directed to the construction of the PNAISC, focusing on the articulation work of those actors in the country: the Axes of Training, Management, and Research. For each axis a team was constituted. For the Training axis, the EBBS took charge of the technical and executive co-ordinations, as well as the team of pedagogical/tutorial consultancy.

The formative process of constructivist formulation uses tools, such as texts, lectures, conversation groups, and group techniques with reports on experiences and debates on difficult handling situations that generate impasses – associating face-to-face meetings to the use of the Moodle Platform for distance learning, creating a laboratory of innovative practices. It is organized on three conceptual axes: cartography method, relational and group technologies, and care ethics in the health field.

Starting with care, one may affirm it as a principle that permeates the entire training process; resorting to the possible analogy of the careful construction of a strategic plan to confront a given issue to be defended – in the case of the EBBS, the comprehensive child health care –, new ways of care managing comprising the affections, aiming at the promotion of a life facilitating environment within the daily activity of the networks of child attention and their caregivers. Worthy of notice, in the grandiosity of this task, is the ‘army’ of actors involved in this agenda; it is not surprising that the assessment research indicated that the principles, directives and apparatuses that constitute the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS), those that characterized most the phase of implementation in the municipalities, were respectively the inter-sectoriality, the strengthening of bonds, and the articulation of actions between those actors.

With the image of the ‘fields of struggle’ and the ‘army of actors’ one wishes to express the endless demands that arose from the experiences within the territories or localities, from the macro- to the micro-policies directed to the pressing necessity of an understanding of care not restricted to the good practices and shared techniques, but to the ethics of care (MAIA, 2009), a principle which everyone could better recognize and trust. This recognition of the other, the core of the possibility of human survival, is

brought to the shared environment of work and, as it has been seen, makes history, since Sun Tzu, almost 3 thousand years ago, was a stimulator of the capacity to listen the one who, in principle, is on an opponent field. Thus, this opening, the construction of this ability, of this care in perceiving that there is the other, with issues and necessities, may modify destinies and build shared paths.

There is no doubt about the fact that the EBBS team being composed of professionals originating in the mental health field has made a difference in the construction of this strategy that initiates from the conception of what is called health for life enjoyed with freedom, creativity and happiness — and not only for the inexistence of diseases and injuries. Donald W. Winnicott, the English pediatrician and psychoanalyst, brings a reflection that has guided his questioning on what life is about, and its repercussion in the attention that he gives to health and the living of his patients. Quoting the author:

we can cure our patient and know nothing about what permits him to continue to live [...] for us (health professionals) it is utterly important to openly recognize that the absence of a psychoneurotic disease may be health, but it is not life. (19775, p. 137).

One knows that it is a challenge to work on what life is about for each person. There is a particular relation between the capacity to be healthy and that which is genetically configured (but not completely determined) given the interactions with the world-environment and with the impacts of the social determinants of Health (TEMPORÃO; PENELLO, 2010). This proposition considers the individual in relation to the stages of life in which he cannot yet be considered as an individual, given his total dependence on the caregiver. It is from this perspective, under the paradigm of care (PLASTINO, 2009) — and seeking to construct policies permeated by the ethics of care — that we consider the interaction

of full personal development with the sustainable development of society: there is no way to think of plenitude (as maturation) in a given society when disregarding the percentage of its mature individuals capable of contributing to the common growth (WINNICOTT, 1999).

This challenge — since always and almost without truce, in the role of therapists, or group work facilitators, health teams, collectives — leads to identifying and developing a whole ‘arsenal’ of care tools, knowing that the best entrance into the field is that which considers, since always, its previous occupants. This empathic and respectful attitude, whether it occurs from the facilitator in a relationship between two subjects, or between subjects in a groupality, permits the opening of its dialogical possibilities, the maintenance of its implication or reserve (FIGUEIREDO, 2009) in the experience of the daily concreteness.

Taking into consideration the lessons from General Sun Tzu, Musashi and Machiavelli, we identified the importance of leadership training for the management of pressing issues on the field of conquests. The allied and opponent present forces, incarnated in persons and/or institutions, will be more easily recognized and managed as the abilities to deal with them are identified and worked upon, not always responding to the usual rationalities. Able to work in the field of the sensible and the affections, without romanticisms, the EBBS team could declare and recognize the potency of unconscious manifestations for life and for death, making the option to handle them, whenever needed, in favor of creativity, innovative force, and desired results. The long coexistence and even a certain intimacy with other great strategists, as we see them — Freud, Winnicott, Foucault, Deleuze, Guattari, Balint, among others — allows for the approximation with the sense attributed to the intuitive capacity to analyze and understand what goes on, the perception of

things that cannot be seen, and the attention to the most insignificant things, maintaining the capacity to think 'outside the box', according to Musashi. Affirming that the knowledge that is co-constructed and experienced together, when the territory sends its greatest challenges, yes, it clarifies and assures. In all those attitudes resides care. The leader, the leaders on the territory will be those who will benefit from the care, also and mainly, to properly exercise its caring function.

Still in the perspective of the identification and composition of forces for the field work, we understand cartography as Passos e Barros (2009): a way to (re)cognize a given reality with an exploratory character, implying the accompaniment of the process of constitution of the path that will be designed. The function of supporter, in this understanding, has the special meaning of the participant in the scenery being constituted, with attitudes that are alternated in presence, implication and reserve, as presented by Figueiredo (2009).

The gathered information and the sensitization of the field actors, with the participation of the supporter, allows for a better understanding of the local resources, as well as for the formulation of a territorial planning designed and negotiated from the viewpoint of its best execution as to comply with the integral attention to child care. When mentioning cartography, for instance, the image used is that one does not work with rails, but rather with trails. Cartography inserts the subject in the territory, in the field of forces, in the intensity of relations. Thus, the subjects are implicated in the making of the trajectory, of the path that is being designed according to the walking. A reverse method with no determinations or closures, as we read in Rolnik (2006).

At this point, we consider the description made by Machiavelli on the territory which the Prince needs to know. It is interesting

that the author points out that the knowledge of the terrain of a province may easily be used in others due to their similitude; that this is an expertise that the Prince must develop for being a main element to obtain greater and better chances to negotiate with the other.

Thus, Machiavelli (2001) integrated the Prince to the landscape and to the territory, alerting him on this knowledge as a virtue and as the base to draw strategies and tactics for his maintenance and development. Therefore, it becomes essential to understand the cartographical exercise as a relational construction that includes the observer/supporter/facilitator/leader, implying a singular network of offers and necessities, possibilities and challenges, constructions more or less concrete of possible productive arrangements in that territory of use, considering its linking at times not so apparent, with that which is global; its arrangement may influence, interact, or articulate with other territories and networks, according to Milton Santos (1994).

About the belief on the groupalities, we consider a series of elements that, together, will favor the necessarily shared decisions, strengthening the process of co-management under implementation or in course, functioning as an environment that is facilitator for the instituting movements and their analyzer and of the instituted spaces. The Balint-Paideia methodology was used in this work, fomenting the construction of spaces of potential exchange, sharing of experiences, insertion and inclusion of differences, new experimentations and construction as a group, mobilization and co-responsibility with the protagonism of subjects, mentality change, expansion of conversation groups, contract linked to the operative demand of the group, and availability of conceptual toolbox to broaden the theoretical offers. This entire movement, based on the perspective of co-operation, of the work carried out 'together', allowed

for the establishment with the health professionals, managers of the technical areas of child health from all Brazilian states and capitals, new workflows, re-considerations on their partnerships, re-positioning in terms of negotiation and production of inter-personal bonds capable of sustaining the innovations on the ways of doing and producing care in health. Mainly, it favored a differentiated look to oneself, in the presence of the others, with an initially amazed finding of the existing virtuous potentialities and abilities waiting for a facilitator environment as to be expressed with creativity and pleasure.

Conclusion: the PNAISC as a policy that advocates the provision for the child in health and in crisis considering the care with the caregivers

In my perception, the strong point was the contact with the teams that trained us, because the apprenticeship of many 'contents' happened in the lived territory. What I mean is that all theoretical issues questioned here were used with us: listening, co-operation, mediations, groupality, and everything else that was present at the face-to-face and virtual encounters. As much as the children, everything that I have learned came from what I experienced within a facilitating environment. (Testimony of a state consultant who participated in the project receiving training from EBBS).

Morin (2003) inspires the understanding of this testimony of one of the state consultants: when one aims at working with changes of mentalities that interfere in the daily life of each one of the persons being trained, in their personal achievements, as well as in

the shared practices, this change occurs with a reform of thinking that permits not only to isolate in order to know, but also to link what is isolated, stimulating a new way of thinking that is opposed to the notions that are scattered from the disciplinary smashing. The author writes precisely about the necessity and the difficulty that happen with changes of mentalities, with the opening to new propositions, to the real intersectoral work. There is a difficulty, aggravated by the traditional scientific thought, to admit and enjoy paradoxes. The defenses are kept inside the known boxes and this impoverishes all initiatives towards dialogue. According to the author, currently one is a victim of two sorts of enclosed thoughts: first, the fractionate thought of the bureaucratized techno-science, that cuts in slices the complex tissue of the real; second, the increasingly more enclosed thought directed to the ethnic group or nation, which slashes, as in a puzzle, the tissue of the Father-Land. For Morin (2003), it is necessary to be intellectually re-armed, to start to think the complexity, face the challenges of agony/birth of the 'between-two-millennia', and try to think the problems of humanity in the planetary era: the human being, the nature, the cosmos, the reality, developing a cognitive democracy that is only possible with the reorganization of knowledge. This only occurs with the reform of thinking as a fundamental historical necessity.

This was the context in which the National Policy for Comprehensive Child Health Care was formulated, rising as the larger product of this inter-federative effort led by the Ministry of Health with the effective participation of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Several times in this text the long names of the EBBS and the PNAISC were repeated. Each time, they were trusted with the expectation of the recognition and accompaniment of the way in which it will actually happen in the practice of its implementation for the effective use of its

precepts, or how the considerations brought to the comprehensive child health care will be translated into actions. Management of Care in the Comprehensive Child Health. How? Working with the provision and support to the caregiver, so that when living this experience of care, he/she will expand the abilities and capacities and change the mentality with re-enchantment for the work to the transmission of care in his/her field of action. Focusing on the health professional, one also talks of a differentiated contribution to the Unified Health System (SUS). This may be synthesized in one more testimony of state consultants of child health:

When one becomes qualified for the listening, for the conduct and mediation of group processes, quite automatically one becomes qualified for more complex mediations in personal and group relations.

The PNAISC considers the Brazilian regional differences as the cultural expression of its health necessities and demands for the local offer and articulation of services and possibilities of interactions with other areas, favoring innovative arrangements. According to Penello (2015), the PNAISC offers principles, directives and apparatuses that link attributions and actions differentiated in seven axes that comprise it and that shelter all levels of attention. It is a policy that recognizes and advocates the intersectoral work, with all its challenges. However, there is something that differs and that highlights its innovative potential: the change in mentality that appears in its text when advancing with the issue of integrality and the

understanding of the provision for the child's health, including the mental health. Still according to Penello (2015, p. 74-75), "it proposes to work with the full development of the child, which includes the emotional development, establishing the basis for a healthy life". Winnicott says (1982) that 'providing' for a child is a matter of providing the environment that facilitates its individual mental health and the emotional development.

The experience carried out by the EBBS – especially regarding the formative aspect of the health professionals involved in this large project that comprised the construction of the PNAISC, with significant contributions that came along as challenging situations were experienced *in situ* throughout the country – offered the chance to be privileged testimonies of changes in the actions of caregivers, that blended traditional resources of attention to the experience of care, to the way of working not only with the reason, but also including the sensitive aspect. In other words, the experience of being able to work as from the affections enabled the recuperation of aspects that are usually part of childhood apprenticeship, but that are forgotten in the adult life: the exercise of empathy, the ability to play, the delicacy in dealing, the reliability in the accomplished agreements, the respect for autonomy, the sharing of information, and the use of these 'tools' for decision-making. This entire experience permits, in syntony with Testa (2000), depositing hope in new ways of providing health: a careful and implicated look, so that – almost like the mothers – the caregivers may identify the child's needs, beyond the intellectual comprehension. ■

References

- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. *O futuro hoje: Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2395 de 07 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 07 out. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html>. Acesso em: 11 set. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC. Publicada no *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, em 06 ago.2015. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/97336276/dou-secao-1-06-08-2015-pg-38?ref=topic_feed>. Acesso em: 1 out. 2015.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009, p. 92-108.
- FIGUEIREDO, L. C. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: Maia, Marisa Schargel (Org.). *Por uma Ética do Cuidado*, Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 121-140.
- GANDRA, R. M. *Lições de Sun Tzu e Miyamoto Musashi na gestão de projetos*. Disponível em: <<http://ogereente.com.br/rede/projetos/estrategia-gestao-projetos>>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- GANDRA, R. M.; LOPES, R. O. S. A. De Sun Tzu à arte do general: lições das academias de guerra para gestão de projetos empresariais. *Mundo Project Management*, Curitiba, ano 7, n. 40, ago./set., p. 24-30, 2011.
- HIRATA, R. *As doze lições do general Sun Tzu*. 2013. Disponível em: <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/economia/negocios/noticia/2013/10/confira-as-12-liceo-do-general-sun-tzu-4305493.html>>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- KARNAL, L. Estratégia e liderança: uma leitura através da história. In: CONGRESSO DE GESTÃO DE PESSOAS NO SETOR PÚBLICO PAULISTA, 3., 2014, São Paulo. Disponível em: <<http://youtube/NSQA7vHIZtQ>>. Acesso em: 21 jul. 2015.
- LAROSSA, J. B. *O papel da educação*. 2013. Disponível em: <<http://portal.aprendiz.uol.com.br/arquivo/2013/04/09/o-papel-da-educacao-e-subverter-as-regras/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.
- LOBATO, D. M. *et al. Gestão estratégica*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.
- MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
- MAIA, M. S. *et al.* Cartografia, grupalidade e cuidado: operadores conceituais do processo de formação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 53, p. 59-75, 2016.
- MAQUIAVEL, N. *O príncipe*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Disponível em: <<http://copyfight.me/Acervo/livros/MAQUIAVEL,%20Nicola.%20O%20>>

- Pri%CC%81ncipe%20%28Martins%20Fontes%29.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- MATURANA, H. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1998.
- MENDES, C. H. F. (Coord.). *Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 13.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- MUSASHI, M. *O livro dos cinco anéis*. Disponível em: <http://www.artesantigas.com.br/download/livro_dos_5_aneis.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2015.
- _____. *O livro dos cinco anéis: o verdadeiro sentido da estratégia*. São Paulo: Clio Editora, 2010.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2009, p.17-31.
- PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Criança*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p. 29-48.
- _____. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros e da sustentabilidade sócio-ambiental*. *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-76, jul. 2015.
- PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). *A contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma Política de Atenção Integral à Saúde da Criança*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.). *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 53-88.
- _____. Do paradigma da dominação ao paradigma do cuidado. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 53, p. 25-40, 2016.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2006.
- SANTOS, M. *Território, globalização e fragmentação*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SENNET, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política de cooperação*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010.
- TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. Determinação Social da Saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposições estratégicas para uma política pública voltada para a primeira infância. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, p.187-210, abr./jun. 2010.
- TESTA, M. De ilusiones perdidas y esperanzas futuras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 55, p. 5-30, maio/ago., 2000.
- TZU, S. *A arte da guerra*. Porto Alegre: L&PM, 2006. Disponível em: <http://unes.br/Biblioteca/Arquivos/A_Arte_da_Guerra_L&PM.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.
- VON NEUMANN, J.; MORGENSTERN, O. *The theory of games and economic behavior*. Princeton: Princeton University Press, 1944.
- WINNICOTT, D. W. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos*

de maturação. Porto Alegre: Artes Medicas, 1979, p. 38-54.

_____. Provisão para a criança na saúde e na crise. In: _____ O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979, p. 62-69.

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

_____. Algumas reflexões sobre o significado da palavra democracia. In: _____ Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1999, p. 249-272.

English version: Annabella Blyth

Cartography, groupality and care: conceptual operators of the training process of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*

Marisa Schargel Maia¹, Luciana Bettini Pitombo², Selma Eschenazi do Rosario³, Jane Gonçalves Pessanha Nogueira⁴, Elizabeth Cruz Müller⁵

¹ Psychoanalyst. PhD in Public Health from Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development, group qualification, and tutor of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*.
msmaia@centroin.com.br

² Psychologist and psychoanalyst. Master's Degree in Psychology from Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development, group qualification, and tutor of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*.
lupitombo@yahoo.com.br

³ Psychologist and psychoanalyst. Master's Degree in Psychology from Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development, group qualification, and tutor of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*.
selmarosario@hotmail.com

⁴ Psychologist and psychoanalyst. Graduate student in Perinatology at Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development, group qualification, and tutor of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)*.
ebbs.jane@gmail.com

ABSTRACT This article aims at describing and synthesizing, within the experience of the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis*, the proposal of training in the health field, incarnated here in the process of training state consultants for child health. For this purpose, a methodology was developed based in three conceptual operators dynamically interlinked: cartography as a process of entry, knowledge and recognition of the territory; groupality as an action device; and care in its ethical dimension. We highlight the specific way of doing that prioritizes the inclusion of the sensible dimension in the training process.

KEYWORDS Inservice training; Methodology; Cartography; Group processes; Child care.

Introduction

In 2011, the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS) was invited by the General Coordination of Child Health and Breastfeeding of the Ministry of Health (*Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde – CGSCAM/MS*) to contribute and participate in the challenging experience directed at the construction of an inter-federative pact that would support the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC*). Thus, among other functions, the EBBS took responsibility for the axis training/capacitation of 27 state consultants – 26 states and the Federal District.

The EBBS is based on a broadened comprehension of health, valorizing the initial stages of human development, and embraces the idea that health is an outcome of the integration of the human being to its surroundings, emphasizing the environment found in the earliest years of life.

Nowadays, there is global concern and reflection about the importance of the environment on health production of a given population. In this context, when elaborating its premises, the EBBS proposes a reflection about health inequities and the value of providing during early infancy a facilitating environment for human growth, development, and maturation. It understands that not only the biological life, but also the healthy emotional life of an adult person has its foundations built upon this life cycle.

The EBBS also draws attention to the need of including early infancy in the reflection about the social determinants of health (SDH). In the beginning of life the focus of the investment of health promotion actions must concentrate on the dyad mother-baby, considering that at this moment the baby cannot be thought-of separately, while

the father is one of the pillars on which is based the providing environment. Physical, mental and social well-being around this dyad becomes fundamental for the establishment of a favorable environment for the baby's proper development – an indispensable horizon for the construction of public policies in this field. The relevance of this reflection led the EBBS to develop, within the construction process of its theoretical framework (MENDES, 2012), the principle of 'life facilitating environment':

[...] a process that contemplates the necessary environmental support so that the child and its family receive adequate physical and psychic care favorable to development, conquest of autonomy, and preparation for life. It involves the establishment of bonds between children, relatives, and professionals who work on comprehensive care for child and community. (PENELLO, 2013, P. 291).

It regards the investment on the continuous construction of environments that are permeated by care in its ethical dimension, generating favorable conditions for the development of individual and collective autonomy. When focusing on collective health, one concludes that

healthy public policies must be permeated by care. There is an understanding that its presence in the construction of bonds between all those involved in this great task of health and citizenship production provides support to the denominated 'life facilitating environment'. (PENELLO, 2013, P. 31).

Imbued with by this spirit, the EBBS team of consultants for child development, group formation and tutorial took up the challenge to offer training to the state consultants on child health of the CGSCAM/MS. The subject 'care with the caregiver' has great importance when the objective is the training of health agents, encompassing

‡Psychologist. Master's Degree in Clinical Psychology from Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brazil. Consultant for child development, group qualification, and tutor of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
bmuller@centroin.com.br

attention and management.

The next section outlines some fundamental points of the conceptual and philosophical framework that guides the methodology used in this training process — EBBS methodology — and sustains its ‘way of doing’.

Becoming human within a community of humans

The human being to whom this investment is directed is marked by its time. As a being of praxis, when responding to the challenges presented by the world, he creates his world: the social-historical universe. Through this action, he invents ways of being in the world that configure subjectivation processes. In this intrinsic way of becoming human within a community of humans, man is always relational. In other words, this dimension of subjectivity is rooted in the beginning of life when, in order to develop himself, he needed another human to care for him. This care inaugurates a foundational encounter dimension.

Since birth, man is both creator and heir of a social network that precedes him. In its infancy, man begins a trajectory that continues throughout life in which he is a creator and, at the same time, he is created within a sociocultural context that is significant regarding the way he interacts in/with the world. As Norbert Elias (1994) has written regarding the processes of culture transmission:

The speech of the other develops in the growing child something that is entirely its own, a language that is entirely its own and that, at the same time, is a product of its relationships with the others, an expression of the human network in which it lives. (ELIAS, 1994, P. 35).

Two characteristics of man are highlighted here: a constant desire for change

and, at the same time, a desire for stability. His biology presents a constant daily process of changes and rhythmic alternation. Man brings inwardly both possibilities: he may valorize and stimulate transformation processes or, with the same intensity, he may restrain them, thus maintaining a current state of things.

In this process, each epoch is marked by philosophical, scientific, and anthropological conceptions that delineate a paradigm that, in a subliminal manner, organizes human societies during long historical periods. Being a historical construction, the paradigm of a given culture may present processes of development, apogee, and decline. In this sense, we understand that currently we live a moment of paradigmatic transition in which there is no longer an integral identification with the modern paradigm; its production, roughly speaking, occurred from the prevalence of reason operating from the notion of domination: domination of nature by man, of man by man, of minority cultures by majority cultures, etc. (PLATINO, 2010). This paradigm has regulated the ways of living and being in the scope of culture and nature during centuries; but it no longer fulfills the wishes and the necessities of the world.

Actuality is marked by this crisis in which there is a recrudescence of the modern paradigm due to its weakening, a kind of resistance in the face of the emergence of another paradigm that has not yet solidified, but that arises strong and marked by the urgency of values and human relationships revision. This change engenders a daily instability and discomfort sentiment.

The point of this current paradigmatic crisis which we highlight is not the destitution of reason as an operator of the way of becoming human, but rather the exclusion of other territories of subjectivity, such as intuition, unconscious processes, sensitivity, and affections. Only the human being, in its derangements and historicity, could be capable of thinking and moving a world in

which the fictional scission between reason and emotion would be one of the guiding poles of culture. It is impossible to exclude from human experience these other territories — psychic, affective, subjective — in which reason is nurtured. In this context, we also frontally question the centrality of the domination ideal as culture operator.

By approaching the paradigmatic transformation, there is an alignment with those who propose a deep and necessary change of the ideal of man that has ruled the modern paradigm: the dominating man. Only the caring human being — intrinsic to the ‘paradigm of transformation’ or the ‘paradigm of care’ proposed by Boff (2012) — may face the current challenges. Here, care gains a statute of principle, middle, and end for man.

According to Boff (2012), care acquires its deepest understanding as ‘essential care’, that which anticipates and projects, as an arrow toward the future, a social place for each person in his life story, as a thread in a web that is woven toward beyond the time of one existence.

Here, care is associated to ethics in its etymological sense, as *éthos* (dwelling, set of habits) and *disposition of the soul, availability of the spirit*, only being possible to understand it as a relational experience that occurs between myself and the other, myself and many.

Living is accepting this dance between maintaining and transforming. It is keeping open to the always present possibility of being able of doing it differently, of changing, or even sustaining the maintenance of one thing or another. This way of being in the world — in the various environments: work, social, affective-familial — is what defines man as being social-historical, always in interaction. Starting from this man — incarnated in his daily practices; a being of affections, matter, and language — we approach the field of health humanization (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Although the belief is centered on the

health field, we understand that health approached from the paradigm of care is not restricted to specialized technical procedures, but rather to its reach in terms of investment in the sustainability of the human, starting in childhood, in his social and affective networks.

The beginning of life and the development of specific abilities in health professionals training

The historical moment we live in is heir to an exacerbated individualism intrinsic to the paradigm of domination, in which the competitive and excluding aspects of subjectivity are massively stimulated since childhood. Within this process, a culture is delineated where personal abilities to establish reciprocal relationships that preserve the respectful welcoming of differences, of the different, lose potency, thus hampering the emergence of cooperative relationships. Richard Sennet (2012) warns about the fact that there is the installation, in society, of a way of dealing with the other that is marked by separation and keeping distance, as if the other was on the margin of the path.

In the world of work, there is a vicious circle in which individualism nurtures competitive relations, and competitiveness nurtures individualism, hindering the maintenance of cooperative networks. Far from diving into this subject, the aim here is to point out, together with Christoph Dejour (2005), that the increment of the ability to compete, in detriment of the co-related ability that is co-operation, generates unevenness in the interactive system of the people involved in a given task. The unleashed activation of competition unfolds in a defensive individualism, with the closure of each one in one’s own private sphere. According to the author, this mechanism is

the cause of much suffering and illnesses within the work sphere.

Bringing this reflection to the training process, one observes the need to stimulate and retrieve personal resources that may re-inaugurate subjective territories¹ that bring the pleasure and the potency of the ability to co-operate, thus facilitating work processes. Co-operation and completion, states Sennet (2012), compose a pair of abilities that are inaugurated at infancy. For example, in originating moments, there was a co-operative system between mother and baby so that both would obtain success in the breastfeeding process. In our culture, the ability to compete has a prominent place, although in the personal maturing path it arises at a later moment than the ability to co-operate. Nevertheless, every child knows that, even in children's games such as 'win and lose', it is necessary to have a dose of competition to sustain the pleasure of the game.

The matrix of these relational modalities lay in early infancy. The theorization of Daniel Stern (1992) and Donald Winnicott (1993) brought an understanding that a person's development does not occur with the exclusion of the first stages of development; rather, as an 'onion', there are several layers constantly present in the being in the world, providing sustentation. One counts on several 'senses of myself' constantly interacting with the environment; interactive psychic systems that co-operate in different ways according to the subjective needs of each occasion (STERN, 1992).

A reference concept for the work carried out by the EBBS is that of "facilitating environment", developed by the psychoanalyst Donald W. Winnicott (1979, p. 43). It is a complex concept because it does not refer to the physical environment, as it is usually understood. For Winnicott, the environment is part of the "subject's constitutive forces" (AB'SÁBER, 2006, p. 15) and in this sense it is simultaneously internal and external, resulting from an encounter. In other words,

as soon as a baby is brought into the world, this environment coincides with maternal care, composed of the encounter between what the baby expresses and the sheltering offered by the mother. Thus, she is the first environment to provide and to shelter the baby, who 'counts' on the active maternal adaptation so that a reciprocity relationship starts between the two of them.

For the baby, it is a magic world that presents itself, and the mother is the mediator between the world that the baby fantasizes and the environmental reality. In practical terms, when the environment offers this hospitality represented by the maternal arms, by the breastfeeding, by the provided care and by love, one is referring to a 'facilitating environment': an interactive process guided by the maternal sheltering, capable of providing the necessary sustentation for the full physical and affective development of the new being that arrives in the world.

The world is offered to the baby in small doses. This presentation of the world must be made with the proper care so that the infant discovers it and, according to its creative and magic vision, gradually symbolizes it. This means that since the early times the child is led to advance in the discovery of the environment, but with the proper dose of illusion that makes it create what is given to be discovered (WINNICOTT, 1982).

It is necessary to say that this environment should not be understood as perfect or resulting from idealization. Therefore, the facilitating environment requires a human quality of care that does not refer to a mechanical perfection, because babies and children are not interested in mechanical perfection. They need human beings around them, with successes and failures, because in childhood "good and bad things occur" (WINNICOTT, 1979, p. 38). The support offered by the maternal care propitiates that the infant experiences those environmental modulations, so that it may internalize the experience as something that belongs to him, a process that capacitates

¹ "The idea of individual [...] while subjective territory [...] translates a certain capture of subjectivity within a given code system [...]. Subjectivation refers, thus, to the different ways of subjectivity production in a given social formation" (SILVA, 2004, p. 2).

the baby to symbolize what it experiences, having felt protected by its caregiver.

It is in such a way that the 'facilitating environment' favors the discovery of reality by the child enabled to explore its small world, its surroundings, to begin the construction of its identity in a spontaneous way. This is the moment in which the child is able to recognize itself as a singular being, to feel as a separated person from its mother, although it cannot do without her care.

Thereafter, what has been experienced as his primordial environment shall accompany him during the entire life, and this is what will give him the possibility to recreate it in all stages of his route; but now also in a shared way, because the real exists, and his magical vision will be 'negotiated' with the surrounding reality. As the Brazilian poet Raul Seixas wrote in his lyric: "a dream dreamt alone is a dream dreamt alone. But a dream dreamt together is reality". To synthesize, in order to have a perspective of a healthy infancy it is necessary to promote a favorable atmosphere for the relationship that progressively develops between the mother and her baby.

It is noteworthy that the intersubjective matrix of this way of experiencing the world is rooted in this precocious period of life in which one experiences the tenderness of the first networks of care, co-operation, and ludic behavior. It is from this intersubjective or interpersonal field that the first bonds begin to be defined. The initial communication of the mother with her baby, with intrinsic characteristics, requires from her the availability to protect, understand (empathically), and stimulate the baby for life. It is a process in which time, not only chronological time, but also subjective time, is fundamental to cultivate the relationship that, gradually, is constructed in the direction of the strengthening of bonds that sediment the capacity to trust, thus structuring socialization.

The capacity to be with the other and

obtain satisfaction from this is established from these initial relationships. The maternal receptiveness and responsiveness are important components in this environment. To receive well the one who arrives and announces himself as a novelty means believing that everyone has something interesting and interested; something to add and to exchange; it means appreciating the bud, the beginning, the infancy. To be born and be received by a receptive and sheltering family brings security, a sentiment that solidifies during life, enabling a living and a coexisting supplied with lovingness and care, unfolding in the way of being in the world as from an environment favorable to development (FERENCZI, 1992).

From this reflection, one understands the importance of the scenery of the initial moments of life and its effects in adult life. For the training process, the subject in this article, what interests is the affective dimension included in the nature of relationships, that which makes them singular, potent, and lasting. From this background, the strategy was centered on the retrieval and stimulus of abilities, many times neglected in the sphere of work, but fundamentally important for the exercise of care. It refers to dialogical abilities (SENNET, 2012), such as: carefully listening; acting with sensibility; managing divergence and finding convergence in the interaction with the other(s), all of them essential to the exercise of a consultant's function.

During the consultants' training process, the challenge was to develop the tendency to empathy, cooperation, spontaneous gesture, ludic language, and the capacity to trust oneself and the other, as fundamental instruments for the work.

Teach, educate, train, and transmit

Proposing training in the health field and a method for this process is an audacious task

that may sometimes present insurmountable traps. First, it is necessary to create a common and fertile ground for the understanding of words that seem unequivocal, but may compose an almost inexhaustible plurality of meanings.

There is a first differentiation to be made between teaching, educating and training. According to the dictionary of philosophy Ferrater-Mora (2001), education may be understood as the orderly incorporation of cultural assets, aiming at, with various methods, the teaching of what has already been acquired by a given culture. This definition is circumscribed to only one level of education. Certainly, the contents of what is taught in the Eastern part of the world is quite different from what is taught in the West; but as Paulo Freire (2006) signalizes, at the same time that education teaches and reproduces the cultural assets of a given society, it may also be constituted as a motor for transformation processes in that same culture.

During centuries, one believed in a predominantly objective teaching process, in which the master's and pupil's functions were rigidly defined: the teacher taught a given programmatic content and the pupil learned it without questioning – the educational design of the modern paradigm. When excluding the sensible and affectionate dimension of educational processes, there is the risk of producing an immobilization, a confinement of the creative capacity. This educational model, heir to the Cartesian era, believes in the scission between reason and affections.

The constructivist education – conceived by Paulo Freire, Piaget and others –, differently from the classic teaching, believes in the development and enhancement of reflexive and creative qualities that expand and potentiate from the genuine encounter between the one who teaches and the one who learns, promoting subjective changes on both of them. Here, educating aims at

transforming, besides conserving².

It is important to underline that this pedagogical framework understands the acquisition of knowledge as an interactive production between the participants of a given experience, in which the inclusion of the sensible and the affections is nuclear. Taking from this referential, we understand that the EBBS training methodology counts on more comprehensive transmission processes than expected within classic apprenticeship.

To teach, from Anglo-Saxon languages *token*, translates into “by a mark, signalize, distinguish” (MACHADO, 1977, p. 408). On the other hand, to transmit acquires quite a different meaning: from Latin *transmittere*, means “trajectory, crossing, passage” (MACHADO, 1977, p. 326). Therefore, there are two quite distinct positions for the subject to whom the teaching or transmission is addressed.

In the case of teaching, one can understand that a mark, a sign will be produced on him or for him, that will distinguish one thing, whatever it may be, from another. He will receive it passively. He will be marked by this sign.

In the case of transmission, something different happens. ‘Trajectory’, ‘crossing’, ‘passage’, are terms that indicate that there is a subject in the action, who shall make the crossing, who shall pass from one place to another. In other words, the subject will modify himself as a subject, after the act of transmission; he will no longer be the same. One may also reflect on the meaning of ‘passing’ from one to another. In any case, the subject is entirely committed to the transmission process, either as the sender, or as the receptor; because one should also consider that the transmitter does not always exercise his function in a conscious and intentional way.

A technique may be taught producing no alteration on the one who receives the teaching and the one who does it (teaches).

² See Aranha (2006).

Data are informed and assimilated with no major modifications besides the level of information, but this teaching does not necessarily indicate the apprenticeship of an attitude.

This is not the case with transmission. After a transmission, if it actually happened, the subject to whom the transmission was made is no longer in his previous state. He is altered precisely by the effects of the transmission. Nor will the transmitter remain the same. Something singular and unprecedented occurred there, between those two. There is, in fact, a change in *attitude*³.

In this transmission process a prominent place is bestowed to the ability of listening, which we will see next.

As verbs, 'listen' and 'hear' match as synonyms with no further semantic questions. When becoming correlate nouns, it is difficult to make that same synonymic approximation. 'Listening' and 'audition' have quite different meanings in the discursive use; mostly, it is not possible to substitute one for the other.

'Listening' as a noun is a derivative from Old High German *lūstrēn*; as a verb, it means 'to concentrate in hearing something; pay attention'. The notion of listening, as a psychological phenomenon, raised to a conceptual condition by Freud in 1895, becomes a work tool: here one listens more than one says. One listens to the reverberations of what is said (and what is not said), its double meanings, its emphasis and omissions, its unfolding (FREUD, 1967B). More than significances, one listens to significations, something that no robot is capable of doing.

Significations correlate to the effects of affectation of the speech(es) on those who listen; qualitative effects of non-conscious operations that are constantly in action in the experiences, more than ever included in the relational experiences, for the idea of speech by itself reminds that, as humans, we are in relation.

The affections may only be recognized if one cares to understand its effects. The affections do not speak; they transform the being, take him away from a habitual state. And may only be 'listen to' if one leans over them, shelter them as a lived reality.

The listening seeks to capture not only the significations of what is being said, but also the affective states related to them. These states, when circulating, bring with them potential mobilizers that may be propellers of changes, which is a desirable effect, but may also bring stagnation, resistances, and standstill.

In the group life there are affective states in circulation and/or in stagnation, though there is also speech and, as mentioned before, every speech contains, besides its significance, a set of significations and its correlate affections. Identifying these stagnation points in the circulation of affections, their halts, and managing them, is a crucial task on the sphere of work relationships.

The consultant/supporter, in his work on the territory, is constantly immersed in a universe of speeches and group actions. In general, those speeches originate from differentiated experiences, places and sectors that often need to be articulated, so that the objectives related to local health care may be achieved. In this sense, developing the capacity to listen is a fundamental aspect of the consultant's training.

Finally, we understand that in order to change managerial and care practices in the health field, it is not sufficient to teach technical-scientific knowledge to be applied in a specific reality. The EBBS methodology proposes a training that favors the transmission and the development of new 'ways of doing' in the daily health management and practice. It aims at differentiated ways of living the experience of care. It aims at transforming the subjects involved.

The EBBS training is done through a continuous process that is realized in and by the immersion in the experience field.

³ Attitude, from French *attitude*, from Latin *aptus* - apt), primarily used as a term from the visual arts evoking the aesthetic dimension in the act, besides the ethical dimension.

The proposal is to valorize the exploratory character of each reality in order to enable the recognition of what each territory presents as growth potential. For this purpose, a methodological axis was constructed composed of three conceptual operators — cartography, groupality, and care — that are presented below.

Cartography, groupality and care: conceptual operators

On cartography

First I listen; it always starts from there. Any writer is a listener in the first place. Then I capture what has moved me and taken my ground away. It must be something that dissolves me. A sentence, a person, a moment, it must take over me, I get lost. Then, to make sense of it, I must get out of myself, and then starts another story.

(COUTO, M.)

From the description made by Mia Couto about the way he experiences the moment of writing, one can understand cartography as a desiring moment that may be, for instance, the path of writing, carrying out a research, transmission in a training process, and the practice adopted in daily work; but always desiring.

The term cartography was borrowed from the field of geography; it is used in the study of social processes in which there are relationships between people, aiming at understanding what makes the human being act, experiment, or think, not from each one's interiority, but from what occurs between people in a given situation or context (DELEUZE; GUATTARI, 2004). In this case, what is in evidence is precisely what occurs 'between' — between people, between people and things, and what is produced between these elements; what

affects and by what is one affected; what is produced from these encounters and divergences, with no intention of signifying or interpreting a given occurrence.

Suely Rolnik (2006) offers a definition of what it means to make cartography when the issue under analysis concerns psychosocial experiences, distinguishing cartography from mapping — the latter is recognized as a "representation of a static whole" (ROLNIK, 2006, P. 23). About the first, the author writes: "Cartography is a drawing that accompanies and is done at the same time as the movements of landscape transformation. Psychosocial landscapes may also be turned into cartography" (ROLNIK, 2006, P. 23). It is a movable drawing — the idea of a trace, a scribble, a nomad line that crosses a given existential field or territory. For the author, cartography disarranges and transforms worlds and allows for the deconstruction of deep-rooted senses, and the formation of other worlds "that are created to express contemporary affections, in relation to which the prevailing universes have become obsolete" (ROLNIK, 2006, P. 23).

Cartography does not represent objects. It follows processes. It understands the processual dimension of living. It concerns a processuality that is not historical (the idea of something already done and finished) except if the historical datum is alive at the present moment, being part of it. This processual dimension in the present is a characteristic that strongly marks this kind of route. Such processuality concerns the apprehension of a 'plan of forces' that is actualized in a collective dimension. The cartography method operates on the construction of a 'collective plan of forces'. What is a collective plan of forces? It is that which coexists with the plan of forms; the "stable contours that are denominated shapes, objects or subjects" (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2009, P. 92). According to these authors, it is the plan of forces seen as a plan of intensities that produces the plan of forms. There is always this collective dimension that coexists and gives consistency and a certain ground

to what is experienced and lived. Although there are always moments of individuation (plan of forms) in the practice of cartography, the attention is directed to what is movable (forces). When saying that the training method employed is made by transmission and is based on an affection dimension, the intention is to highlight that is concerns something occurring in the interaction between the plan of forces and the plan of forms, a process that is understood as something that occurs between those two plans, amid the events. Here one includes the production of subjectivities.

Another important statement is that the cartography method is not something that is applied, but rather something that is practiced. In other words, it is an inventive method; the cartographer is always implicated in the movements of creation, the transformation of himself and the world. It concerns going to the field with an exploratory perspective, and it is fundamental that the look is that of someone who is open to be surprised by what happens in that field. For the cartographer,

it matters that he is attentive to the strategies of desire in any phenomenon of human existence that he proposes to investigate, which may be: social movements, formalized or not, [...] groups and masses, institutionalized or not. (ROLNIK, 2006, P. 65).

The cartographer starts half-way, 'jumping on a moving streetcar'. Actually, in life one always starts and leaves half-way the processes, although there are arrival and departure moments. The corollary of this are the moments of birth and death, but, in the case of cartography,

all the entries are good, as long as the exits are multiple [...] being important that the cartographer dives 'in the geography of the affections' and makes use of the most diverse sources and conceptual operators to undertake his route. (ROLNIK, 2006, P. 66).

Cartography is characterized as a method that reverses the equation 'first know, do afterwards', because it is based on the idea that diving into the experimentation is essential for the construction of the object of knowledge. The equation becomes: do and know, considering the need to go along and advance in the construction of knowledge. As the poet Antônio Machado says, "the path is done while walking" (MACHADO, 2015).

According to Passos e Barros (2009A), in cartography there is an inversion of what is known as 'method', traditionally seen as a process of knowledge construction defined as a path that is predetermined by the goals given at the start. In cartography, the very methodology is invented because it always starts from experimentation. This inversion is explained as follows:

[...] it consists on a belief in the experimentation of thought — a method not to be applied, but rather to be experimented and assumed as an attitude. Instead of rules to be applied, one proposes the idea of clues to guide the research work. The clues that guide the cartographer are like references that contribute to the maintenance of an open attitude to what is being produced and calibration of the walking along the research path. (PASSOS; BARROS, 2009A, P. 17).

This does not mean the primacy of empiricism, because this type of experimentation does not go without the register of the experience nor the rigor of the systematization of the work carried out. It is about the valorization of doing, not merely for the sake of doing, but rather to produce knowledge from new practices put into action, and that carry the seed of change.

When speaking about a training process that occurs from what is experimented in a specific context in a given territory, it is precisely what is experienced during the path that nurtures the process. It is in the (re)cognition of a territory — that is possible to (re)invent it.

The challenge is the renewal of practices that, though scientifically based, do not have local results as expected. The training must be offered to the health professional as a process that is carried out in and by the insertion in the sphere of experimentation.

This manner propitiates the dimension of advancements, impasses, and challenges of each undertaken route, so that the adequate tools for a specific context shall be forged from what is offered by the territory, according to the expectations of possible unfolding and also not previously established outcomes. From this comes the importance of articulating the use of cartography with the ethics of care and the production of groupality.

On groupality

Gathering people to discuss a certain topic or to carry out a certain task is no guarantee of their involvement and participation. Merely gathering people is not sufficient for group processes to actually operate. In order to deal with this challenge in a differentiated way, it is necessary to operate a de-naturalization of a way of understanding the group and the individual, which is currently still hegemonic, affirming a more favorable perspective for its effective functioning. From the viewpoint adopted here, a group is not a sum of individualities, nor an agglomerate of people who think unequivocally alike. Here, the group is a device that drives potentialities; this statement is important for the understanding of the essentiality in its effectiveness: the production of a relational quality that facilitates collective exchanges and constructions.

Traditionally, the group is thought of from the notion of the individual, and one may find some constant usual definitions: the group as an intermediary between the individual and society; the group as an entirety; as a structure, a unity, an investigation object (BARROS, 1994). Barros displaces this understanding and proposes a new look from which the group is understood as a device

for subjectivity production⁴. With this displacement, the group is no longer merely a form in which individuals get organized, and becomes “a device, an existential catalyst that may produce mutant focuses of creation”, expressing “multiplicities and transitoriness” (BARROS, 1994, P. 151).

The notion of a device as ‘something that makes something function’ is used by Barros to think what is actually set in group spaces: its potentialities. The group produced as a device favors “the de-crystallization of places and roles that the subject-individual builds and rebuilds in his stories’ (BARROS, 1994, P. 152), enabling the appearance of the new and unthought-of. It is not about searching for the individual’s or the group’s identity, but rather accompanying its composition lines⁵ as from the contact with the entangling of intensities that are actualized at a given time and space (BARROS, 1997).

When choosing for an understanding of reality from the idea of subjectivity production, spaces are opened for ways of existing until then unthought-of, understanding a subject’s experience always as emergent, constructed from a living and pulsating plan, that is actualized at every moment (SIMONDON, 1993; STERN, 2007).

The contact with the multiplicity, originating from the several composition lines accessed in group situations, may enable the emergence of an existential territory no longer in the sphere of the individual, but rather in the sphere of the collective. A composition realized from several sayings, several stories, sensations, and perceptions; which precipitates new ways of seeing and speaking about a certain theme or issue. This is due to experimenting, in this movement, even if in a brief and subtle way, the smoothening and distension of boundaries of individual existential territories, emphasizing the compositions that emerge from the encounter. Leaving aside the conception of group as a sum of individuals or as a unity per se, understanding it from the notion of subjectivity production, it

⁴ Production of subjectivity is here understood as “the set of conditions that enables individual and/or collective instances to be in a position to emerge as an auto-referential existential territory, adjacent or in delimitation relationship with an alterity by itself subjective” (GUATTARI, 1992, P. 19). In this respect see Guattari and Rolnik (1994), Deleuze (1991).

⁵ According to Barros (2007), “The work with the device-group occurs when disentangling the composing lines — visibility, force enunciation, subjectivation. This is why we call it cartography work. [...] Therefore, we insist that there are no senses to be revealed, but rather to be created. It is from the productive tension of lines configuring a device that something new may arise” (BARROS, 2007, P. 189).

is possible to access processes capable of producing changes by means of what is expressed and experienced in the group.

Therefore, one can say that the group is composed of ‘an entangling of lines from the crossing of many stories within it [group]’. Which lines are they? They are lines of life composition (DELEUZE, 1991; BARROS, 1997), found both in the generation of existential territories and in the experiences of the *socius* (GUATTARI; ROLNIK, 1986), and that will compose the devices. It regards the same constitutive materiality, always pulsing and actual, with which one must deal at every moment (SIMONDON, 1993).

In this perspective, the group work sets on processes capable of producing changes by means of what is expressed and experienced during group encounters, keeping an opening for the effects produced by the composition of words and affections that gain new senses (NOGUEIRA; PITOMBO; ROSÁRIO, 2010). Moving towards the construction of this perception, sensations are experienced, originating from the composition of expressive and intensive forces⁶ produced by the diversity of experiences that compose the group, coming from many places, following ‘multiple directions’.

Extending the sensible and perceptive field as pointed out above does not mean giving up the stratifications that are necessary for living, carrying out tasks and fulfilling the various agreements that organize daily life in society. There is no contradiction between tasks to be carried out and the proposed reflections.

Here, the differential is the ‘way of doing’, the way of conducting the performance of tasks, because there must be an opening for the permanent inclusion of contradictions, singularities, and discrepancies that arise in every group work.

Being in face of others may detonate unexpected movements because it is the unknown — not only as an experience but also as a ‘way of experimenting’ — that pass on the encounters’ surface” (BARROS, 1997, P. 188).

This statement leads to the importance of developing abilities to tackle the difference and the unforeseen, intrinsic and possible in any group situation.

In this proposal, we work with the idea of groupality as a process that is gradually constituted, as from its shared exercise. The experience carried out in a group, by means of reflections and activities proposed in workshops and conversation circles, enables the construction of trust relationships between the actors involved. The recognition that what is said can be done, the decision-sharing in a co-responsibility regime, the possibility of making visible what until then could not be said, the exercise of care in mutuality, among others — are aspects that can be developed during a group process. The proposal is to create a protected space, favorable to exchanges and working together, always concerned about keeping an opening for the intrinsic encounter’s potentialities.

Among the strategies used for the realization of work in which the groupality has been set and experienced, there is one that greatly facilitated the understanding of the objectives to be achieved, for the opportunity of the practice in act, through studies of cases and difficult individual resolution situations. It regards the use of the “Balint-Paideia Groups” (BPG) (CUNHA; DANTAS, 2010, P. 34). In fact, it is a kind of technical procedure originated in other experiences that started precisely in the health field through the original experience of M. Balint (1988, P. 11), who perceived the meanders and delicacy of the relationship between the doctor (the other health professional) and his patient. A relationship that is capable of producing beneficial or pernicious effects on the patient. Thus, once again one states the importance of the relational aspect in the composition of what is called plan of forces.

Working with the BPG methodology propitiates a group space that provides support to professionals so they can exercise, from experienced clinical cases, an elaboration of affections that are present in the clinical and

⁶On this issue, check Deleuze (1991).

institutional relationships, in association with fomenting the co-management process of interdisciplinary services teams. The discussion of current cases is a potent device for the creation of interdisciplinary work, initiating new dynamics of dialogue between the participants. In the BPGs, one always begins with a case as to construct a narration space according to the logic: narrate, problematize, reflect, and construct intervention strategies. The method supposes the inclusion of participants involved in the discussion of health themes and problems, aiming at increasing the collectives' capacity of analysis and intervention. An institutional clinical case is presented by one of the group participants, and the entire group reflects upon it contributing for its unfolding. It has been noticed that from this 'dismantling process'⁷ "one extracts the agitation of micro-cases brought to the scene" (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 168). The group participants identify themselves, bring up new viewpoints, other approaches, and bring up their own cases.

Here, each case, more than being a case, is a case as-one, a case where the one is less unity, individuality, less general rule that homogenizes the cases, and more the one-expression, index of any other case, open, therefore, to many in a *continuum* of intensities that comprehend differences. (PASSOS; BARROS, 2009B, P. 169).

In this experience modality, the case becomes the case of everyone, because the experience together leads them to 'embrace the situation' as their own, as if each one of the participants was directly involved in the issue, while recognizing themselves in that place, facing or having already faced a similar experience of doubt or impasse. From what has already been mentioned about group processes, one can state that it regards the emergence of a collective plan of forces that, with its intensity, contaminates⁸ (THEMUDO, 2002) everyone. By no means does this eliminate the

differentiated way in which each one receives and processes the experience of the case under discussion. On the contrary, the different reactions provoke attitudes of sheltering, wish to help, production of creative solutions and strengthening of the group, as well as conflicts, resistance, and indifference, that are always included and worked upon.

The BPGs are strong producers of resilience, because as the group components become encouraged and bring their 'difficult cases' into the discussion, the sentiment of solidary groupality is intensified and gains consistency. This experience usually causes meaningful transformations in the way of comprehending the problems that emerge, without being afraid of one's own affective reactions. The group that operates in this modality enables the experience of self-knowledge and also of better knowledge of the other. The experience that is shared in the group produces, at the same time, autonomy and sharing. The care, that was previously merely seen as destined to the users, becomes recognized as self-care and mutual care, that kind of care that is worthy of being disseminated among the professionals themselves, who begin to support each other and seek for collective solutions.

Finally, the comprehension of 'group as a device', added to 'cartography' and to 'ethics of care', guides the entire process of conception and conduct of the EBBS training activities. The belief is on the potency of group experience, in its several configurations, covered by the care with the relationships with all those involved and by the constant cartography of the affections originated in the experiences that unfold. This is the direction in the conduct of the EBBS training methodology.

On care

As seen in the beginning of this paper, as from the paradigm of care, the word 'care' acquires a comprehension that mistakes its common meaning. The 'essential care'

⁷ Passos and Barros (2009) describe two narrative procedures from which one can approach a case: redundancy and dismantling. In the redundancy procedure, the case is understood as a standard case, narrated by the repetition operation. In the dismantling procedure, the narrated case is treated "as an aggregation of thousand other cases, apprehended by the intensive method, in which the transformation occurs by metamorphosis, creation of new senses. Here the case has no intrinsic or figurative meaning, being implicated, referring to the many other cases placed in a plan of intensities" (PASSOS; BARROS, 2009, P. 168).

⁸ The idea of contamination or imitation is found in the texts of sociologist Gabriel Tarde, who works with the aspect of the 'almost imperceptible expressions' such as the "germ of all transformation, as a small stone thrown in a lake, whose waves produced at a singular spot may propagate throughout the lake's extension, or as a more or less intense epidemic" (THEMUDO, 2002, P. 9).

precedes the beginning of the singular life and is inscribed in the social tissue, projecting a place for all generations to come.

From the paradigm of care, comparing it to the paradigm of domination, one asks: Can one teach care? How can one transmit care? How can one learn to enjoy the care if, in a certain way, our culture is quite incapacitated for it?

This is the challenge that the EBBS takes when proposing its training methodology. The premise is the following: care is transmitted by means of experimentation. Even if one makes an effort to apprehend its meaning from books, one will not reach its deepest sense, only partially attaining its comprehension. There is a basic reason for this fact: the sense of caring that nurtures the paradigm of care takes its roots in the relational dimension of man, in the recognition of the other — in alterity.

This relational dimension of an extended care that operates by means of a ‘facilitating environment’ is foundational of the human being. As seen above, it has its matrix in the relationship between the mother and her baby, in the abilities originating in the early infancy⁹, abilities that were fundamental for the infant to be brought to life and be able to persevere within its community. Nevertheless, these abilities have been put on the margin due to the still hegemonic requirements of the paradigm of domination.

The comprehension of the collective life as from the paradigm of care retrieves territories of the subjective life¹⁰ that have been de-potentialized due to the exercise (for centuries) of the paradigm of domination, which in its core is exercised by means of excluding the sensible dimension of individual and collective subjectivity. As Leonardo Boff writes,

[...] in the transformation of this ethics of care there is a more fertile anthropology than the traditional one, basis of the prevailing ethics: it departs from the relational character of

the human being. He is, fundamentally, a being of affection, bearer of *pathos*, of the capacity to feel and to affect and be affected. Besides the intellectual reason (*logos*) he is endowed with the emotional reason, sensible [...]. He is a being-with-the-others and for-the-others in the world. He does not exist isolated in his splendid autonomy, but always lives within networks of concrete relationships and is permanently connected. (BOFF, 2010).

When laying the foundations of the training process on the experimentation of care, for its transmission one favors strategies of micro-policies, diversified ways of ‘living’ the care that, associated to cartography and groupality, favor the dissemination of different ways of doing and producing health, counting on a delicate and potent affective and linguistic network that continues to be systematically constructed and involves those implicated in a given practice. When immerse in this experimentation, the subjective changes are continuously operating by ‘affectation’ and ‘contamination’, seen here as something that propagates where it is experienced by many and functions as a device for the ‘formation of a collective tissue’, because “the retailing of disciplines makes it impossible to apprehend ‘what is interlaced’, i.e., the complex, according to the original meaning of the term” (MORIN, 2014, P. 14).

Transmitting care implies, therefore, experimentation and affectation (MAIA, 2013), since it includes not only the dimension of linguistic significance, but also touches the field of sensible transmission, provoking an activation of biological and psychic mechanisms that at times are dormant in adult life.

Conclusion

More than concluding, we opted for highlighting the importance of the cooperation processes not only in the work field, but in

⁹It is noteworthy that these abilities concern the capacity to establish empathy, to cooperate, to act spontaneously, to make use of ludic language, and to be able to trust oneself and the other.

¹⁰To deepen this theme, we indicate Daniel Stern (2007).

all registers of human experience. Richard Sennet, in his book *Juntos* [Together] points to the importance of the subjective exchange basis that sustains the cooperation processes in which those involved benefit from. From the mutuality experience by the mother and her baby during breastfeeding up to the cooperation nets in work situations, there is subjective gain for everyone: the cooperative attitude aims at facilitating processes that individually would be much more difficult, if not impossible. Sennet states:

The capacity to cooperate in a complex way is in fact deep-rooted in the earliest stages of human development; these capacities do not disappear in adult life. And these development resources are at risk of being wasted by modern society. (SENNET, 2012, p. 12).

In the sphere of work, when doings are performed with a disaffected detachment, a weakening of the bonds between those involved occurs. Instead of the experimentation of care, there is an invalidation of the affections lived in the personal and collective experience. One learns the indifference, impotency, and distrust, among other de-vitalizing affections. The intersubjective dimension of recognition is de-stabilized, hence disrupting the possibility to construct a 'facilitating environment' that would

strengthen the cooperation bond between the agents of the experience, thus hampering the processes of communication, adhesion, and creativity at work.

We believe that things can occur in a different way when there is a concern with the quality of the established bonds and with the production of sense regarding the doing (work life).

In the experience carried out, there was the concern about including the sensible, the affections within the training of health professionals related to management. In this paper we sought to point out some pedagogical aspects that are methodological tools for the realization of this process.

The efforts regarding work, training, and transmission of care is articulated as from the premise of cooperation, as pointed above. We highlight that we live a historical moment of deep crisis of values in which it is urgent to retrieve the 'cooperative spirit state' not only in work nets but also in social relations. In order to change this scenario, it is fundamentally important to highlight the actions directed to early infancy, fertilizing the soil for the future. Producing thoughts and alternative solutions, simple and creative, adequate to the specificities of each of the Brazilian territories is a challenge for all those who venture into thinking actions directed to comprehensive child care. ■

References

AB'SÁBER, T. A. M. Apresentação. In: PHILLIPS, A. *Winnicott*. Aparecida: Ideias&Letras, 2006, p. 9-15.

ARANHA, M. L. *A história da educação e da pedagogia*. São Paulo: Moderna, 2006.

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

BARROS, R. B. Grupo e produção. In: *Saúde e loucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 145-154.

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

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde:

um novo modismo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BOFF, L. *A paz fundada no paradigma do cuidado*. 2010. Disponível em: <<http://www.triplov.com/boff/2010/paz.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. *Sustentabilidade: o que é – o que não é*. Petrópolis: Vozes, 2012.

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

DEJOUR, C. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v. 1.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1994.

ESCOSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano da experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 92-108.

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança. In: _____. *Obras completas Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p. 1-13. (Obras Completas Psicanálise, 4).

FERRATER-MORA, J. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Loyola, 2001.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREUD, S. Psicoterapia da histeria (1895). In: _____. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1967b, p.

103-129. (Obras Completas, 1).

GUATTARI, F. Da produção da subjetividade. In: _____. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

MACHADO, J. P. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 3. ed. Lisboa: Livros Horizonte, 1977.

MACHADO, A. *Cantares*. Disponível em: <<http://www.escritas.org/pt/poema/10543/cantares>>. Acesso em: 28 set. 2015.

MAIA, M. S. Cuidado, humanização, transmissão e clínica. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013. p. 259-278.

MENDES, C. Pesquisa avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. In: PENELLO, L.; LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 281-350.

MORIN, E. *A cabeça bem feita: repensar a reforma do pensamento*. 21. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

NOGUEIRA, J.; PITOMBO, R. D.; ROSARIO, S. E. Transformações afetivas em um grupo de profissionais de cuidados paliativos. In: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. *Comunicação de notícias difíceis na atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Inca, 2010, p. 107-114.

PENELLO, L. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, L.;

- LUGARINHO, L. (Org.). *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 9-354.
- PLASTINO, C. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010. p. 53-88.
- ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina: Ed.UFRGS, 2006.
- SENNET, R. *Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação*. Rio de Janeiro: Record, 2012.
- SILVA, R. N. A dobra deleuziana: políticas de subjetivação. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, n. 16, p. 1-16, 2004.
- SIMONDON, G. A gênese do indivíduo. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, p. 97-118, 2003.
- STERN, D. *O momento presente: na psicoterapia e na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- THEMUDO, T. S. *Gabriel Tarde: sociologia e subjetividade*. Fortaleza: Relume Dumará, 2002.
- WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979. p. 38-54.
- _____. *A criança e o seu mundo*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

English version: Annabella Blyth

EAD platform: a tool that brings people closer

Liliana Maria Planel Lugarinho¹, Flávia Costa Figueiredo², Sheila Paula da Silva Ferreira³

¹ Doctor. Master in Public Health from Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Executive coordinator of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
liliana.lugarinho@gmail.com

² Teacher. Degree in History from Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil. Specialization in system management and health services from Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Assistant coordinator and executive coordinator of the platform of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
flaviacostafigueiredo@gmail.com

³ Librarian. Graduate student in Library Science from Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Researcher of the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
sheilavox@gmail.com

ABSTRACT In this paper, we describe the experience of using a virtual platform to potentialize the process of formulation and implementation of the *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (National Policy for Comprehensive Child Health Care – PNAISC). We intend to narrate how a tool that is considered ‘stiff’ can be transformed to keep alive the bond between the participants of a collective. In it, we present the methodology of work created, the modifications performed throughout the time, the difficulties found, and reports of experience of the people who use the platform. It is shown that, although Brazil has a continental dimension, it was possible to forge a tool for approximating a work team, uniting compromise, technical skill, and affectionateness. In that sense, we propose a new way of doing and supporting the challenges of the actions in the territories.

KEYWORDS Child health; Comprehensive healthcare; Staff development.

Introduction

Formulation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) and qualification of the national consultants

In 2011, the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (CGSCAM), at the time still named Technical Area of Child Health and Breastfeeding, started articulating the project of creation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), an old request from the Ministry of Health. In order to perform that task, it would take a strategy that knows, in a dialogical process, how to mobilize actors with the objective of creating a policy in participative co-management, uniting different proposals and demands, including and respecting regional differences.

From the successful pilot experience of implementation of nuclei for developments of actions for the sake of early childhood in the five Brazilian macro-regions elaborated by the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS), the proposal came up, from the Department of Strategic Programmatic Actions (Dapes) and the Technical Area of Child Health of the Ministry of Health, to use that intersectoral work model to reunite various actors, subsidizing the discussion and creating consensus for the drafting of PNAISC, and its future implementation throughout the entire national territory.

Therefore, among other functions, the EBBS training team, composed of seven professionals of different areas of qualification, such as doctors, psychoanalysts, and psychologists, took the responsibility of training and capacitating state consultants hired by the CGSCAM. There are 27 state consultants (one from each state and Federal District), who are in charge of

monitoring, capacitating, enhancing, and being a reference to the coordinators of child health of the states and municipalities, representing the child health coordination of the Ministry of Health.

To support the management process of the state consultants, five national consultants were selected. Those national consultants are public health professionals with great experience in management and problem solving skills. Their expertise helps keeping the state consultant focused on the task of developing child health at local level and helping in the resoluteness of different political agendas.

Understanding that a change in the work process is essential, it was developed a training that not only would allow improving management, but would also provide emotional support to all the consultants. Here, we understand that management is a way to get things done, and their relationship with their pairs, users and professionals.

It is known that state consultants are social actors active in work reformations and in the adoption of welcoming and resolute practices of health management and care, and aimed at seeking a qualification that is not just about theoretical contents, but one that is simultaneously problematizing of reality and helpful in the transformation of the subjects and, consequently, transforms the territories.

Brief history and potentialities of Distance Learning

Since the creation of the Hypertext Transference Protocol (HTTP) and the popularization of the World Wide Web in the late 80's, one of the first ways of on-line communication created, besides the e-mail, were the Bulletin Board System (BBS), which were the precursors of the discussion forums. With the popularization of more robust editing and maintenance tools, there was a movement of adapting those to

become Virtual Learning Environments (VLE). In the beginning of the years 2000, the VLE were already legitimate and powerful tools of learning spaces. The use of the VLE in learning courses is regularly called in Brazil Distance Learning (*Ensino a Distância* – EAD) (BARKER; GOSSMAN, 2013).

The EAD platform presents several advantages both for the teachers and for the students. The first is that the platform is a social environment, although asynchronous. That is, it retains the collective aspect of learning, with experience, knowledges, and doubt exchanges, but with the advantage of being a continuous flow, giving the student the flexibility and autonomy to decide the most adequate schedules for learning. The second advantage is the utilization of the platform as a space of information, not only of learning. Once various topics can be approached simultaneously, it is easy to provide complementary courseware besides allowing that parallel themes are discussed. In getting familiar with the platform, the student progressively increases his protagonism (MEANS ET AL., 2010).

That experience of learning-protagonist reflects, also, in the co-management of the entire educational process, since EAD always demands a greater level of planning than classroom teaching and amplifies the participation in different collectives. The participants lean on each other, building actual learning communities; there is an intensification of the dialogue teacher-tutor/students-supporter, coordination/teacher-tutor, coordination/students-supporters, at last, democratization of the spaces of teaching and management (BARKER; GOSSMAN, 2013).

Finally, keeping a record and complete history of the student's dialogs, activities, and reports are essential for the process of continuous enhancement of the work and even updates of the virtual learning platform.

Virtual learning platforms as a model of learning and exchanging affections

It was thought that, in order to accomplish a desired qualification, the tradition model of education and capacitation of the state consultants from strictly face-to-face meetings should be altered. The need to keep permanently in touch with the state consultants was an extremely big challenge. Logistic and economic difficulties are common in face-to-face capacitation courses with students from different places and end up compromising the very process of learning (BELLE; OR, 1998).

The face-to-face meetings had a trimestral periodicity, which made it difficult to follow a continuous, dynamic, and complex reality. A new of communication, qualification and groupality became necessary. Such way should allow not only the elimination of geographic barriers, but also consolidate and potentialize groupality between the tutors, their state consultants, and the national consultants.

The idea of using a virtual platform leaving was from a previous positive experience of the EBBS's coordinators in the National Institute of Cancer – Rio de Janeiro. In that experience, Moodle¹ platform was used, and it was possible to potentialize the virtual learning space notwithstanding the face-to-face space. In that platform, clinical cases were posted for further discussion in the face-to-face meeting and they could rely on suggestions from all the participants of the group on how to deal with the case. That experience was decisive for the formation and maintenance of the platform spaces and for the elaboration and implementation of the PNAISC.

In the case of a training-intervention with the objective of qualifying institutional supporters of a specific are and to collaborate in the formulation of a shared

¹ Free Software, for learning support, executed in a virtual environment. Available at: <https://moodle.org/?lang=pt_br>.

public policy, it is even more evident the importance that such methodological choice requires.

Use of the virtual platform as an element of potentiation of individual actions

To act like facilitators of the process, there were hired five psychological tutors with work in education and/or work in the maternal/child field and in the group conduction Balint Paidéia (CUNHA, 2009). Those tutors report to the EBBS coordination. Participants were divided into five groups. Each group has from five to six state consultants, one national consultant, and one tutor.

From the previous positive experience, already mentioned in this paper, it was verified the possibility to create a Distance Learning (EAD) platform inside the Informatics Department of the SUS (Unified Health System), the Datasus, using the program UniverSus².

In that platform, participants are stimulated to tell their experiences and the national consultants to send a monthly report, describing in details their activities during the month and what could be achieved, or what couldn't, for the creation and implementation of PNAISC in their state.

What kind of qualification do we want?

We do not understand qualification as the education of someone who does not know, but the exchange and interchange between participants with help from the tutors and the texts by them selected to promote, as propose Ceccim and Ferla (2009), an 'estrangement' of knowledges and the 'disaccommodation' with the knowledges and practices that are present in each place.

Still according to Ceccim and Ferla (2009), there is a 'pedagogy in action', which desires and operates by the development of oneself

and of the surroundings of work and actuation, establishing both the emotive contact with information and movements of transformation of reality. Therefore, what is proposed is a change and affectation of the subjects involved in the process that can in fact modify practices in their everyday, emphasized by the three pillars so dear to the EBBS: care, groupality, and cartography (PENELLO; LUGARINHO, 2013).

Once again, we emphasize: is 'permanent education in health' the act of placing work under analysis, everyday practices under analysis, the articulations qualification-care-management-participation under analysis? It is not a didactic-pedagogical process, it is a political-pedagogical process; it is not about knowing more, and more critically and consciously, it is about changing everyday work in health and putting the professional day-to-day in live invention (in team and with the users).

Methods

Creation of Moodle Platform

PNAISC's virtual platform 'Support to the formulation and implementation of PNAISC' was created in 2012 by Datasus, and stored in the servers of the UniverSus, using the free software Moodle, created in 2001 (BARKER; GOSSMAN, 2013). The platform had 146 users in March 2015, being 2 EBBS general coordinators, 5 national consultants, 27 state consultants, 27 child health coordinators of the states, 27 child health coordinators of the states' capitals, 5 tutors, 2 Forum managers, 1 executive coordinator, and 1 librarian, besides all the staff from the CGSCAM.

It is a closed forum and registration is restricted by the administrators, therefore only accessible for reading through a username and password, that is, it is not possible for guests to access it, unless it

²UniverSUS is a program of the Ministry of Health set out to develop and provide free distance learning courses about information and computing in health and virtual environments for collaborative work. Available at: <<http://universus.datasus.gov.br/>>.

is someone authorized by the platform's administrator. Each subgroup of users has a specific rule for access permission.

The following subgroups were created for the use of the platform: Group Forums (1, 2, 3, 4, and 5), Meeting Point, Virtual Library, Glossary, Bulletin Board, Photo Gallery, and Technical Support.

The Group Forums are for discussion of events regarding the users, being that each group tends to use these Forums in different ways, more or less participative. The relates of personal management experiences of state consultants in their territories, the insertion of support texts and their subsequent discussion, chosen by the tutors, and the guidance in management practices, provided by the national consultants, is an arrange that is present in all the groups. This Forum is restricted to the state consultants of the designated group, to the designated national consultant, to the tutor linked to a certain group, and to the coordinators of the project.

The Meeting Point is a place of free access to all users of the platform, in which any topic can be discussed, specially events relative to child health, new policies or change of policies, new protocols, among other subjects. It is the place where interesting responses are woven, and in which both consultants and coordinators can exchange experience from different territories.

The space called Technical Support refers to the posting of topics for the solution of technical problems. Moreover, it is a space in which doubts about the good use of the platform, suggestions of alterations, and inclusion of new functionalities can be suggested.

The subgroup Bulletin Board are single messages, without possibility of reply, for announcements, dates of events, and other notices relevant to the participants.

To help the qualification process of the platform users, a space was created

for that purpose, containing a Virtual Library, a Glossary, and a Photo Gallery. In the space available for Library, presentations performed in face-to-face meetings are accessible, as well as open access articles, legislation and reviews that may contribute to the learning process. There is a browser on the page to facilitate the location of the material of interest: one can search by subject, author, or any word that is available in the document's abstract or title. The Photo Gallery allows the sharing of pictures taken during the face-to-face meetings, creating empathy among the users. Those spaces are kept by a librarian who specializes in on-line tools.

There is a subarea of the environment to store the monthly reports of the state consultants. The reports are forwarded to the national consultants for evaluation and devolution with commentary and suggested actions.

Finally, *Pé do Ouvido* is the name given to the Private Messages (MP) in that environment. Private Messages are direct messages to specific users.

Adaptation of the needs of the platform users

As users accessed the platform, new arrangements were built. Three fundamental changes were made during that process.

The creation of specific Group Forums for state and capital child health coordinators, with the presence of tutors for their continued education. The proposed arrangement would be the same one as the state consultants Group Forums. That was a request of the child health coordinators, coming from the collegiate of child health coordinators to the EBBS, in which the coordinators would like to have the same qualification as the state consultants.

The second change performed was the

insertion of a webconference tool among the platform's participants. State consultants argued that a webconference tool in the platform could speed up communication between users.

The last change that deserves being highlighted is the alteration of Moodle's interface depending on how it is accessed. For example, access interface changes when it is accessed from a low resolution mobile device and screen size, like cell-phones or tablets. The argument given by the users of the platform was that the change to an interface more adequate to the users would result in a greater visitation frequency, not restricting it to places

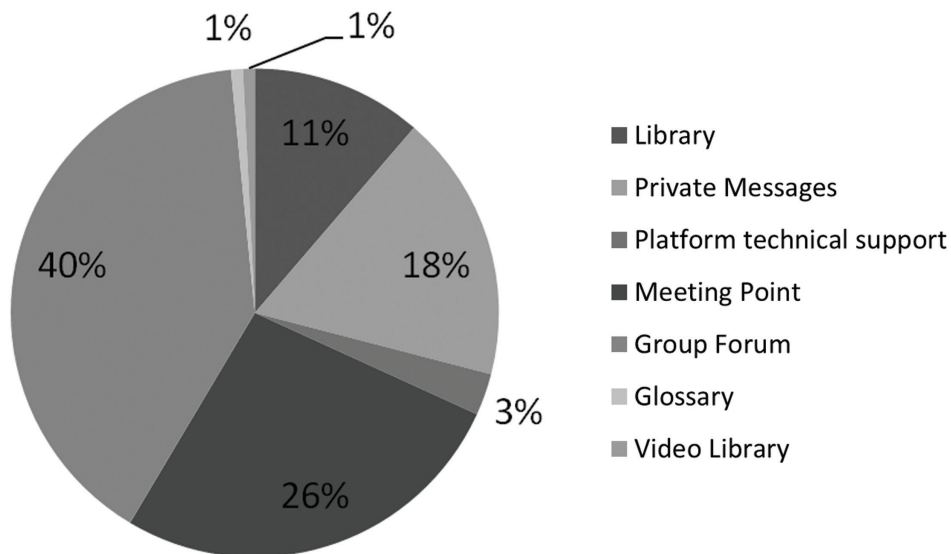
where there was a personal computer.

Preliminary data

Data on the use of the platform

To compare the usage by the platform users, it is represented in *Graphic 1* the utilization of the various subgroups. In general, in the year the platform was released, in 2012, Group Forum was the most used subgroup (40,2%), followed by Meeting Point (26,9%), *Pé do Ouvido* (17,8%), and Library (17,8%). Platform technical support, Video Library and Glossary together add up to the remaining percentage.

Graphic 1. Total of participations by subgroups of the Forum (2012)

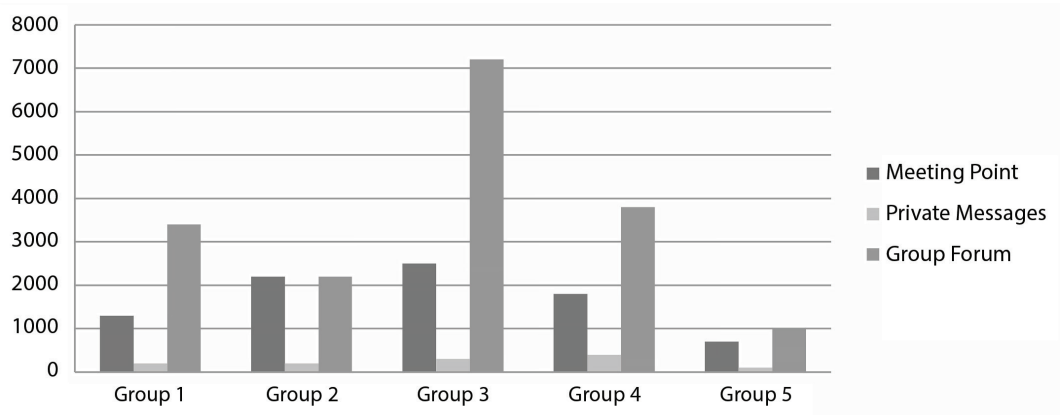


Note: self elaboration

Most recent statistics, in turn, from late 2014 (*Graphics 2 and 3*), show that Group Forums are still the ones that possess greater number of accesses for state consultants, tutors, and national consultants. Meeting Point is the

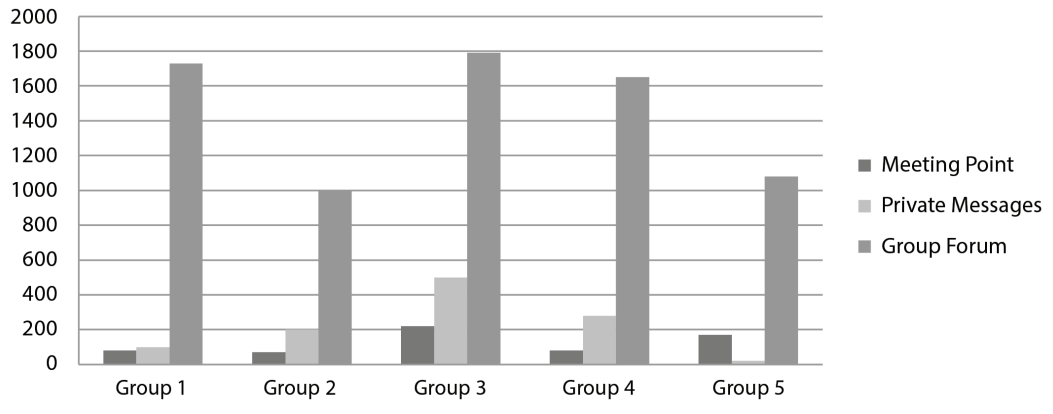
second most used subgroup by state and national consultants, however it is the third most used by tutors. *Pé do Ouvido* is the second most used by the tutors, but the third most used by state and national consultants.

Graphic 2. Total of participation (hits) by subgroups of the Forum by state consultants in 2014



Note: self elaboration

Graphic 3. Total of participation (hits) by subgroups of the Forum by tutors in 2014



Note: self elaboration

It is easy to notice a clear evolution in the participation of the integrants in the Platform, specially state consultants, in these three years. Group Forums still remain extremely visited. We can also notice that *Pé do Ouvido* decreased considerably in its use, but we believe that it is so because matters are more shared with group colleagues and because of the use of other methods for an

ad-hoc communication, like telephone and e-mails.

Difficulties found

The following difficulties were found in the process of creation and maintenance of the platform.

The first point to be noted is the

inherent difficulty of the users of the platform – be them consultants, coordinators, tutors, and the librarian – with informatics. That general term refers more to the use of equipment to access the platform (desktops and laptops computers) and to the use of the internet. The second point to be highlighted regards informatics in the platform's interface (login, password) and to get to the good use of the platform, which is posting messages and attaching the monthly reports.

Those problems are broadly documented in literature. We know that someone's personal expertise in computer skills may vary quite a lot and not be favorable to the usage of the platform, specially among people who have little habit of using computers and the internet. Although the virtual platform is not a computer program and does not require an installation separated from the computer's operational system, the access to the platform through an internet browser may be a hindrance to people who are not used to the internet.

The virtual platform's interface also presented a computing challenge: from problems with the combination of username and password to finding your group's specific forum and posting. It is well known that people have difficulties with the VLE interface, so a great effort was dispensed, both virtual and present, to clear up all doubts about platform access and its good use.

The next aspect to be discussed is a problem proper to asynchronous platforms, which is the loyalty to the use of the tool. Such loyalty normally comes with continuous and frequent usage of the tool, however keeping that loyalty appears to be a constant challenge. Lost of interest, less and less frequent visitations and each time with less content (quantity and quality of the post) are a reality, even among other social media.

That happens mostly for two reasons: virtual solitude and virtual anxiety. As the platform is asynchronous, a reply to a post may happen almost instantly, or even days later. Not having an immediate response to a posted text may cause intense frustration to who wrote it, be it the feeling of solitude because no one wrote back, so one is alone, or anxiety, which is to frequently check to see if someone has already replied. Over time, those effects can lead to the abandonment of those tools. The main difference from social media is that they are open and rely on new users who can join and participate. The same is not true for VLE. Therefore, the loyalty of platform users is a continuous and hard process.

Testimony of platform users

The child health state consultant came up as a proposal from the Ministry of Health of approximation with the states and municipalities for the implantation of the National Program of Child Health, using an innovative model of protagonism of the strategic actors so that the action aimed at children were operationalized. However, that consultant did not arrive ready. There was the need of a qualification process so that his role was well established, where he would appropriate from the necessities established by the Ministry of Health through national policies, and that would minimize the view of the territory's professionals of the role of a supervisory and punitive figure. The consultant's objective was to work together, side by side, with local managers for the implementation of child health actions, without the role of judging, but of operationalizer of processes in group. And then comes the proposal of qualification of that consultant and that process was implemented by the EBBS (Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis).

Consultants already had their professional qualifications, knowledges, feelings, and desires, which had to be lapidated and added to the necessities established by the Ministry of Health. That qualification comprehended several learning devices: expository, dialogue, conversation circles, among others, provided during the face-to-face meetings (three times a year).

However, that qualification could not be stationary, it could not happen only during the face-to-face meetings. The continuity of the qualification process should be periodic, or at least permanent. It was then that the proposal of the UniverSUS platform – EAD came up. That way, learning carried on virtually, accompanied by the national consultant and the tutor from EBBS. That instrument provided the continuity of the learning and also the constant contact between the state consultant, the national consultant, and the EBBS tutor, as well as with the other state consultants and with the technical team of child care from the Ministry of Health.

The UniverSUS platform also provided a place of knowledge accumulation, exchange of experience, insertion of important contents for research and for the theoretical basement of the consultant, doubts clarification, anyway, opportunity for continuous contact. With that, it allowed the strengthening of the state consultant, by approximating him to the references that constantly backed him facing the demands that came up in the territory, good demands and bad demands.

The platform allowed approximation, contact, support, guidance, clarification in a virtual way, in summary, it was the place of expression of feelings between face-to-face meetings and, without it, the consultant would not have been able

to keep his focus, his wisdom in dealing with conflictive situations, and act with resourcefulness and precision.

Among the many utilities of the platform, I highlight as important the role of helping the internet user to change the relation man-machine and keep him connected to several other people, making the job easier on a daily basis.

In the consultant job, the platform is very important because it is through it that we become aware of what is happening, for example, in the CGSCAM case – it was possible to know what was being developed, programmed, receive the communications, and information was passed on immediately to all of the participants. The platform facilitates the obtainment and rescue of important documents in the library files, it also allows the participation in distance qualification course, like the course Amamenta e Alimenta Brasil. With specific tools the platform provides that each Consultant Groups can interact, settle doubts, and share information.

In the case of Group 1 (G1) which is composed by five distant states (3 from the South and 2 from the Midwest) and with disparate realities, the platform worked as the main vehicle of communication, exchange of information, transmission of knowledge of the experiences lived in different states. As the development/organization of the Child Health Area in those states were quite different, we helped each other and whoever was further ahead would help the one who was just starting. The difficulties, the obstacles, were shared and the overcoming of one worked as a stimulation and pushed the other forward to go on, pass over the problem, and remove the barriers, resulting in the growth of everyone involved.

When the gap between the meetings of consultants was large, the platform was the place where G1 would weekly gather

to exchange information and why not say to stop missing each other. Every Tuesday night there, they were at least the five state consultants, the EBBS tutor, the researcher, and the national consultant. At those moments we felt at home and whenever someone was absent they would worry and try to know what had happened and that was so in the platform that: we shared the loss of dear ones, the arrival of new family members, our joys, our dreams, our frustrations.

For my work as a consultant, the platform was essential and I believe that without it I couldn't have done it satisfyingly.

The platform was the partner of all times and the companion at the hard moments of the walk.

Regarding the moments of distance learning, before the challenge of qualifying consultants living in the 27 Brazilian states and with such different realities, and seeking the operationalization of that qualification process, the adoption of the distance learning platform was fundamental. It proved to be efficient and a valuable instrument, not only for qualification, but also for management and evaluational research.

However it must be noted that its efficiency derives from the intense dedication

of tutors and national consultants who, along with the team responsible for its administration, fomented and qualified that technological environment.

Besides the pedagogical effect, the platform has been contributing for the development of an intense debate over the construction of policies of child health care in the states, basing and helping the CGSCAM/MG in the accompanying of the work in each area and spreading strategic information to all.

Conclusion

The EAD tool made it possible to 'closely' follow the cases that happened on a daily basis in the territory and how they affected the consultants, allowing to give support to their anguishes and strengthening the progresses. That way, along the process, we were able to together work the difficulties found through welcoming, bond, care, intervention and analysis. Therefore, besides keeping in touch with the consultants in the periods between face-to-face qualification workshops, the pedagogic proposal with the EAD Platform is not just about transmitting knowledges through texts, but also supporting the consultants in changing practices. ■

References

BARKER, J.; GOSSMAN, P. The learning impact of a virtual learning environment: students' views. *Teacher Education Advancement Network Journal*, v. 5, n. 2, p. 19-38, 2013. Disponível em: <<http://194.81.189.19/ojs/index.php/TEAN/article/viewFile/146/261>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

BELLER, M.; OR, E. The crossroad between lifelong learning and information technology: a challenge

facing leading universities. *Journal of Computer-Mediated Communication*, v. 4, n. 2, dec. 1998.

Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1083-6101.1998.tb00094.x/>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz>.

br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 25 mar. 2015.

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

MEANS, B. *et al. Evaluation of evidence-based practices*

in online learning: a meta-analysis and review of online learning studies. Washington, DC: US Department of Education, 2010.

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

English version: Ana Luisa Moreira Nicolino

The ways of doing consultancy: the perspective of management on the work of child health consultants in the Brazilian states

Sonia Isoyama Venancio¹, Paulo Germano de Frias², Zeni Carvalho Lamy³, Lilian Cordova do Espirito Santo⁴, Ricardo Cesar Caraffa⁵

¹ Doctor. PhD in Public Health from Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. National consultant in the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
soniav@isaude.sp.gov.br

² Doctor. PhD in Child and Teenage Health from Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. National consultant in the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
pfrias@imip.com.br

³ Doctor. PhD in Child and Woman Health from Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. National consultant in the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
zenilamy@gmail.com

⁴ Nurse. PhD in Social Medicine: Pediatrics from Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. National consultant in the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
lilian_cordova@hotmail.com

⁵ Doctor. MA in Public Health from Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. National consultant in the project *Contribuições da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis para formulação e implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança* (PNAISC).
rcaraffa@terra.com.br

ABSTRACT In 2012, the Ministry of Health, through the General Coordination of Child Health and Breastfeeding proposed the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care. In order to do that, it was produced an action plan centered on the tripod ‘Training, Management and Research’, emphasizing the role of the state consultant of child health in the territories. This article aims to analyze the performance of state consultants seeking to identify strengths and weaknesses of such process. Document analysis from work reports was conducted. It showed the diversity of actions undertaken by state consultants, the specificity of their action and coordination of child health activities in all issues of health care networks.

KEYWORDS Health Planning Support; Consultants; Health management; Child health.

Introduction

There have been much advancement in life and health conditions of the Brazilian population in the last decades, especially after the constitution of the Brazilian Unified Health System (SUS) (PAIM ET AL., 2011). Children were particularly benefited with significant mortality reduction due to a variety of public interventions (VICTORA ET AL., 2011). However, despite numerous actions and programs directed to them, historically there had never been an explicit institutional policy that incorporated the various activities related to that public.

In 2012, the Ministry of Health (MS), through the General Coordination of Child Health and Breastfeeding (*Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM*), proposed the formulation and implementation of the National Policy for Comprehensive Child Health Care (*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC*). For such, the CGSCAM elaborated an action plan centered on the tripod ‘Training, Management, and Research’, with emphasis on devices that would strengthen the inter-federal relations, creating the Child Health Coordinators’ Forum of states and capitals, besides a manager collegiate, with quarterly meetings.

In addition to that, the MS instituted the theme support directed to each one of the Federate Unities (UF), a function carried out by health professionals resident in the territories which they accompany, named state consultants (CE) for child health. In order to make the formulation and implementation of the PNAISC viable, an intense investment was made in the ‘Training’, initially, of these consultants. This supporting pillar of Politics has sought to instrumentalize the leading roles on a way of doing that enabled them to intervene in the territories allowing the support to the various collectives involved in the health care of women and children, taking on the inseparability of health care and health management, the co-accountability, and the co-management as fundamental principles.

The study about groupality, cartography (FERIGATO; CARVALHO, 2011), and care, by articulating

theory and practice in the territories, has promoted significant learning through reflexive dialogical processes. Starting from singular cases, the emergence of objective and subjective questions was favored, which aroused senses in the collective that proved to be essential in the consolidations of an inter-federative cooperative and solidarity-based working process. That process aimed the consolidation of an integral policy directed to the Brazilian children.

The ‘Management’ pillar on the other hand, sedimented in a set of traditions constituted by programs, projects, and actions socially constructed over decades in Brazil, had sought to be integrated to the new scientific evidences and to the good practices concerning woman and child health care. The emphasis on the validity of the contents of each axis of the PNAISC was aggregated in a way of doing collectively built and socially accepted, that valorized the contributions of the fields and nuclei of knowledge. The perennial dialogue with the current moment of inter-federative pact, the tune with the conformation of various networks in health regions, respecting the differences and diversities between the UF and cities and the valorization of its autonomy, were presupposed in the work.

The capillarity of the ‘Management’ pillar, with its insertion in the work process of the many locus of action of the networks that turn transversal the child health care, from primary to specialized care, was favored by the presence of state consultants available to support the formulation and implementation of the PNAISC.

The state consultants of child health at the same time that induce the development of actions related to each of the axis of the PNAISC and by actively participating in the process of construction of assistance networks in the regions of health, in their UF, guide the attention to this population group, which despite being considerably vulnerable, has been made secondary. The particular focus on the mother-child networks and on urgencies and emergency was agreed between the federal entities and considered pertinent to deal with sociodemographic profile, epidemiological profile, and of vulnerability of age group that,

associated to the Brazilian assistance paradoxes, constitutes additional difficulties for the interventions to be effective.

The 'Research' pillar was planned to make the evaluation of the process of construction and implementation of the PNAISC possible, with emphasis on the contribution of the consultants' support in the states and in the experimented mechanisms of inter-federative management. By searching for the meaning to comprehend about how to formulate and implement the PNAISC, something that was of the interest of the ones involved, and by abiding by the multiple interrogations, synergies, antagonisms, and paradoxes, it presupposed a process of collaborative elaboration of the PNAISC, open and woven through various contributions. This mode of operating through a research-action, implicated in the process and in its results, has enabled moments of critical reflexion which culminated in the incorporation and/or redirectioning of propositions and actions identified in the three scopes of the SUS (federal, state, and municipal) as the most pertinent.

In order to guarantee the unity of the support tripod for the formulation and implementation of the PNAISC, support teams for the development of actions related to woman and child health were constituted, with the formation of five groups constituted by five or six UF. For each UF group, there was a quartet that

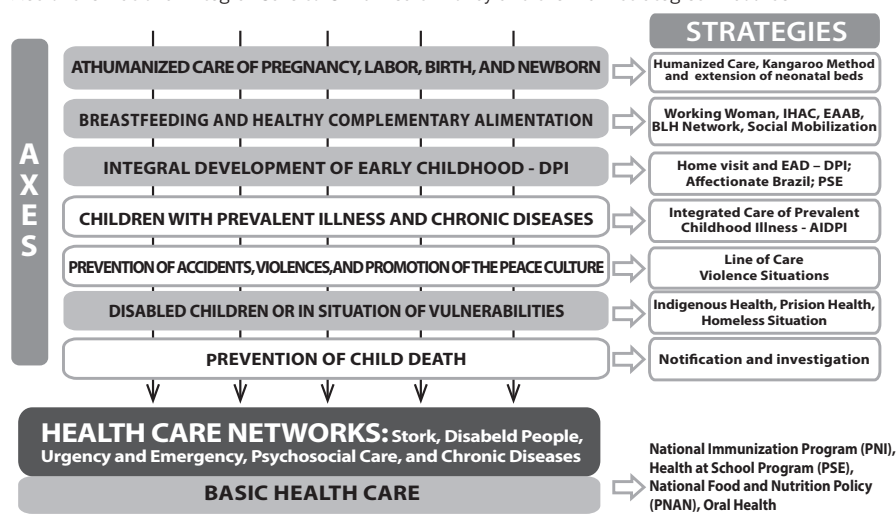
supported the actions in the territories, formed by a tutor from the *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis* (EBBS), a researcher, and a national consultant (CN) related to 'Management'. The strategy was orchestrated by the manager of the CGSCAM and agreed in the forums and quarterly boards of coordinators of child health of states and capitals.

By explaining how the action of the state consultants take place and the variety of contexts in the UF and cities, we hope to demonstrate the complexity of the work process involved in the formulation and implementation of the PNAISC. This chapter aims to analyze the performance of the state consultants in the territories searching to identify fortresses and frailties of such process.

Methods

The starting point was the description of the action proposal formulated in the beginning of the project, the CN experience in the accompaniment of the CE in the territories, the identification of the action of those consultants according to the axes proposed by the PNAISC (figure 1), and facilitating and complicating aspects, from the perspective of the national consultants.

Figure 1. Axes of the National Integral Care to Child Health Policy and the main strategies in course



Note: self elaborate

Secondary sources were used, like the monthly reports elaborated by state consultants, particularly the synthesis report of August 2014, reports from the training workshops, and contributions at the forums of the project's virtual platform.

In the monthly reports of the state consultants, we obtained information related to the three analytic dimensions prioritized in the work of supporting the UF and municipalities: 1- interlocution with the Coordinations of Child Health of states and capitals; 2- articulation with other supporters of the MS and action in the Networks; 3- presentation of actions and policies of the MS and routing of the demands of the actors in state and municipal levels to the MS (feedback role).

For each of these three dimensions, the context over the analyzed month was described, along with its new arrangements, the potentialities, the fragilities, and the short, medium and long term planning, as well as the support demands for 'Management' and for 'Training' directed to the quartet responsible for the UF group.

In the synthesis report of August 2014, the state consultants aggregated to the aforementioned information the situation of each one of the seven axes of the PNAISC, being the main source of the information presented as result. The axes were: 1- Humanized care to pregnancy, labor, child-birth, and the newborn; 2- Breastfeeding and healthy complementary feeding; 3- Full development of early childhood; 4- Attention to children with prevalent health problems and chronic conditions; 5- Prevention of violence, accidents and promotion of the peace culture; 6- Attention to disabled children or in vulnerability situation; 7- Prevention of infant death.

The consultation to a virtual platform, a collaborative environment of the UniverSUS, available on the Datasus¹ website, was performed in a complementary way to aggregate relevant and incomplete information to present the data of the state consultants'

reports.

For an analysis of the main contributions pointed out by the state consultants concerning the work developed in the territories, their reports were categorized and grouped after attributed meanings (MINAYO, 2013).

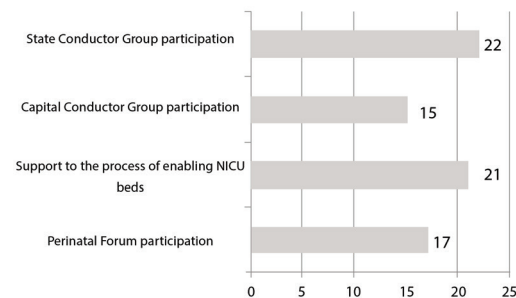
Results

Of the twenty-seven reports from August 2014 presented by the state consultants, twenty-two had complete data and were considered in analysis. A balance of the activities developed by them was carried out, according to each one of the PNAISC's axes.

Axis 1. Humanized care to pregnancy, labor, child-birth, and the newborn

Two actions are highlighted in this PNAISC axis: the performance of the CE in the implementation of the *Rede Cegonha* (Stork Network) and the *Método Canguru* (Kangaroo Method).

Graphic 1. Participation of state consultants of child health in activities related to the *Rede Cegonha*



Source: Monthly Report of state consultants
NICU - Neonatal Intensive Care Unit

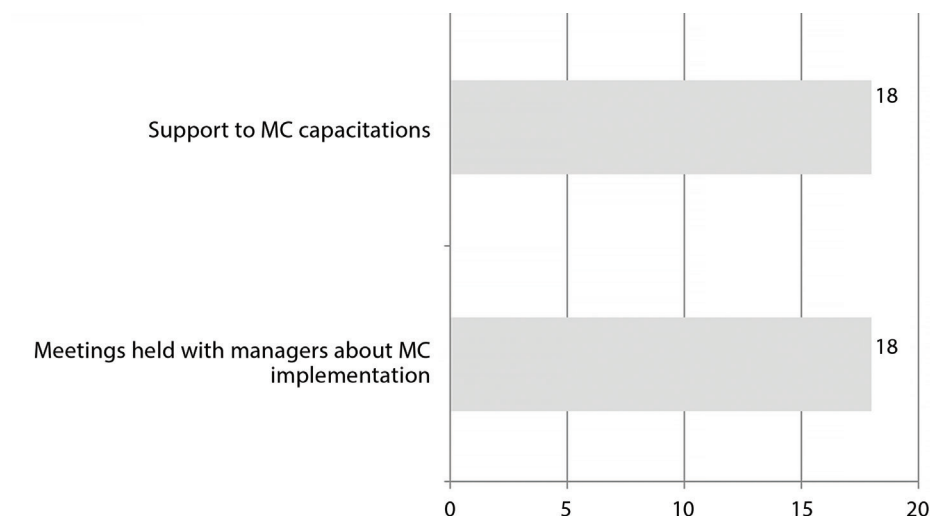
It was verified that all the CE reported participating in the *Grupos Condutores Estaduais da Rede Cegonha* (Conductor Group of Stork Network in the states), fifteen of them in the *Grupos Condutores das Capitais* (Conductor Group of Stork Network in the capitals). The CE also had an essential role in supporting the State

¹www.datasus.gov.br/universus

in the process of enabling the neonatal ICU beds. Still in the context of the implementation

of the *Rede Cegonha*, seventeen CE reported participating in the perinatal forums.

Graphic 2. Participation of state consultants of child health in activities related to the *Método Canguru*



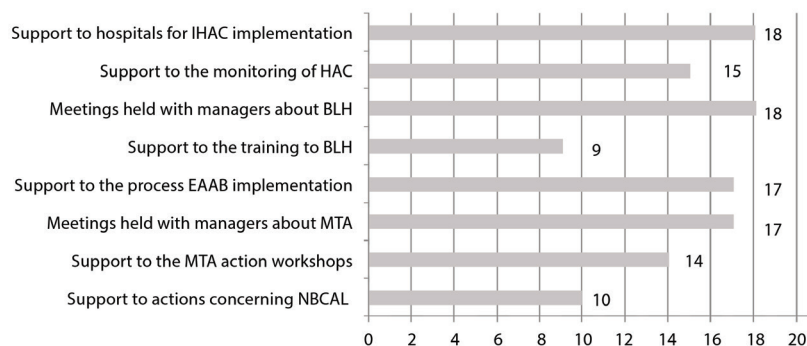
Notes: Self elaborate
MC - *Método Canguru* (Kangaroo Method)

In relation to the *Método Canguru*, 80% of the CE reported the happening of meetings with managers for the implementation of that action, and the same percentage referred support to the training of health professionals.

Axis 2. Breastfeeding and healthy complementary feeding

In this axis is concentrated the majority of actions/offers of the MS to state and municipal managers.

Graphic 3. Participation of state consultants of child health in activities related to the promotion of breastfeeding and healthy complementary alimentation



Notes: Self elaborate
IHAC - *Iniciativa Hospital Amigo da Criança* (Baby Friendly Hospital Initiative)
HAC - *Hospital Amigo da Criança* (Baby Friendly Hospital)
BHL - *Banco de Leite Humano* (Human Milk Bank)
EAAB - *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy)
MTA - *Mulher Trabalhadora que Amamenta* (Working Woman Breastfeeding)
NBCAL - *Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos* (Brazilian Regulation for Food Marketing)

It was verified that 18 out of the 22 CE reported acting in the implementation process of the Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Baby Friendly Hospital Initiative), and 15 of them acted in the monitoring process of such Hospitals, which happens yearly and in 2014 reached 93% of the maternity hospitals. Eighteen CE reported the happening of meetings with managers about the Human Milk Banks and nine also supported the training of health professionals in this action. The Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Brazilian Breastfeeding and Feeding Strategy), the most recent action of this PNAISC axis launched in 2012 in partnership with the Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) (General Coordination of Food and Nutrition), had the support of 17 CE for its implementation in the territories. Likewise, 17 CE supported the carrying out of meetings for the implementation of actions aimed at the Working Woman Breastfeeding (MTA), specially the performance of workshops for the implementation of rooms to support breastfeeding in the companies (14 CE). The action which had less participation of the CE, in 2014, was the monitoring of the Norma Brasileira de Comercialização

de Alimentos para Lactentes, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) (Brazilian Regulation for Commercialization of Food for Nursing, Nipples, Pacifiers, and Bottles), in which only 10 reported supporting the action.

Axis 3. Full development of early childhood

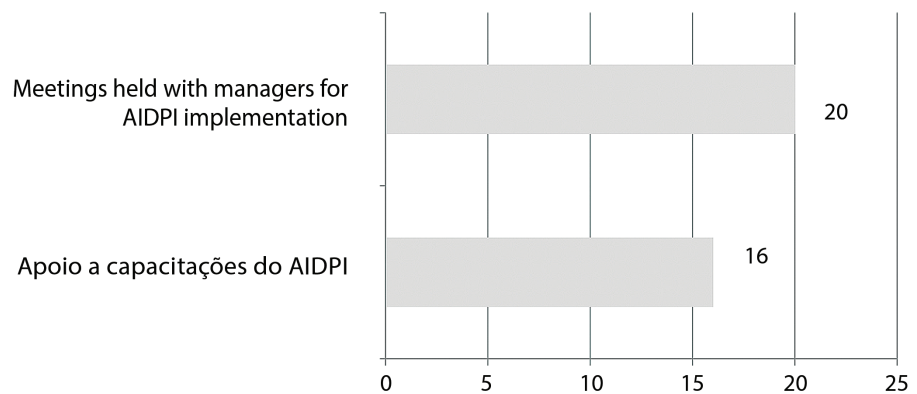
The activities related to this PNAISC axis concern, mainly, the actions aimed at the *Andi – Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil* (Nutritional Care to Child Malnutrition), developed in partnership with the CGAN.

It was verified that, although it is still an incipient action, 18 CE reported supporting it.

Axis 4. Children with prevalent health problems and chronic conditions

The most expressive action of the axis 4 of PNAISC consists in the implantation of the Integrated Management of Childhood Illness (AIDPI), which had the support of 20 CE in meetings with managers and 16 CE in the training of health professionals.

Graphic 4. Participation of state consultants of child health in activities related to the Integrated Management of Childhood Illness (AIDPI)



Note: Self elaborate

Axis 5. Prevention of violence, accidents, and promotion of the peace culture

The axis 5 of the PNAISC proposes the

development of actions aimed at the prevention of violence, accidents, and the promotion of the peace culture, and has as its main strategy the implementation

of the *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência* (Line of Care to Integral Attention to the Health of Children, Teenagers, and their Families in Situation of Violence). It was verified that 19 of the 22 CE reported acting in this axis.

Axis 6. Disabled children or in vulnerability situation

Sixteen CE reported supporting the actions aimed at disabled children or children in vulnerability situation, among which are highlighted the ones that are related to indigenous children and children whose mothers are in prison situation.

Axis 7. Prevention of infant death

Regarding the axis 7, twenty CE reported participating in meetings for the implementation and/or strengthening of the *Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil* (Committees for the Prevention of Fetal and Infant Death) and the same number participated in the Committees meetings.

Next, we present an analysis of one of the opened questions of the August report, which inquired, in the perception of the CE, which would have been the main highlights regarding their actions. The main contributions were classified according to the three analytic dimensions prioritized in the work in supporting the UF and municipalities.

INTERLOCUTION WITH THE CHILD HEALTH COORDINATIONS OF STATES AND CAPITALS

The consultants considered as one of the main contributions of their work the role they had in the approach between the child health coordinations of the capital and of the state, since in many places there were little effective articulation between those two coordinations. That way, the consultants promoted the integration between the different actors

involved with child health in the territory. In some places, the consultant had an important role in the aid and support to the new state coordinators of child health and in the stimulus of the technicians of the field, who felt little supported by the managers.

It was equally highlighted the role of the consultant as a bond between the child health coordination of the state and the maternity hospitals of high complexity, and the opportunity to provide visibility to the action areas of child health in different spaces.

ARTICULATION WITH OTHER SUPPORTERS OF MS AND NETWORK ACTIONS

Focusing on the implementation of PNAISC, the consultant participated in the integrated support group of the state and had an important role in the articulation between state and municipal networks for the organization of child care in different levels of care, like urgency and emergency, indigenous health, and *Rede Cegonha*.

In particular, the consultants stimulated the strengthening of the child health component in the *Rede Cegonha* in different ways, like participating in state and municipal forums, assisting in drafting the flowchart articulating with the other networks of care, and participating actively in the monitoring and assessment of the maternity hospitals contracted in the *Rede Cegonha*.

Furthermore, it was provided support to the priority maternity hospitals for the implantation and implementation of good practices in labor and birth care, of qualified assistance to newborns with very low birth weight, of humanized assistance, and of changes in the work process.

PRESENTATION OF MS ACTIONS AND POLICIES AND ROUTING OF DEMANDS FROM THE ACTORS OF STATE AND MUNICIPAL LEVELS TO THE MS (FEEDBACK ROLE)

From the cartography of the territories

carried out, consultants identified the potentialities and frailties of the states for the implementation of PNAISC. The consultant's participation in the planning, implementing, and monitoring of the plans of child health care of the states was an opportunity to disclose the early childhood agenda and stimulate the states to form collectives in the care of pregnant women, puerperal, and child spaces (kangaroo method, eradication of civil undercount, implementation of good obstetric and neonatal practices).

The active presence of consultants in the states contributed to the creation and/or strengthening of perinatal forums, maternal, infant and fetal mortality committees, breastfeeding and healthy complementary feeding committees, and technical chambers of child health.

The consultants participated actively in the constructions of habilitation plans of neonatal beds, which included actual constructions and equipment purchase, in partnership with the supporters of *Rede Cegonha* and the state and municipal health departments. They also stood out in their participation in the regulation and accreditation process of obstetric beds of high-risk pregnancy (GAR) and neonatal beds of the Neonatal Intensive Care Unit (Utin), Conventional Intermediate Care Unit (UCINCo), and Kangaroo Intermediate Care Unit (UCINCa).

Consultants also highlighted their contribution to the implementation of different strategies and actions proposed by the CGSCAM, through the offered educational activities, like tutor training workshops for the *Método Canguru*, for the Breastfeed and Feed Brazil Strategy, and for the Neonatal AIDPI. Moreover, they provided technical support for the implementation of breastfeeding promoting, protecting and supporting actions (*Iniciativa Hospital Amigo da Criança*, *Método Canguru*, *Rede Estadual de Bancos de Leite Humano*), and for the other actions and strategies proposed by the

CGSCAM and by the Ministry of Health, like strengthening of the neonatal screening and the qualification of neonatal care in the maternity hospitals contracted in the *Rede Cegonha*.

Discussion

Before the achieved results, regarding their participation in the activities of the *Rede Cegonha*, a greater participation stood out along actions of the State Departments; however, that could be related to a smaller demand from the municipal and capital departments.

It is highlighted that the insertion of the state consultants occurred in all of the actions related to the seven axes of the PNAISC, some with greater density of action, like the *Método Canguru* and *Aleitamento Materno*.

During the entire period of the project, actions were developed related to the support to managers in the implementation of PNAISC actions, from the operational point of view as well as in the support to training aimed at health professionals, even in the most incipient actions of Politics, like the full development in early childhood; children with prevalent illness and chronic conditions; prevention of violence, accidents and promotion of the peace culture; and disabled children or in situation of vulnerabilities.

The analysis of the qualitative data from the reports made evident the diversity of developed actions, stressing the specificity of consultants' actions articulating the child health actions in all theme networks of health care.

From the perspective of the national consultants, some factors were considered complicating of the work process of the state consultants. It was observed, in the beginning of the process, the non-acceptance from some of the managers of the role of the CE and the lack of understanding, as times,

of such role.

The different profiles of state consultants, including different degrees of insertion and experience in the child health field and relational competence, led to different ways of acting in the territory. Another issue that made the work process difficult was the fact that the CE worked part time, with contracts of 20 hours/week, which was sometimes insufficient before the demands of the territories.

The training process of the CE coordinated by the EBBS, favoring groupality and creation of bonds, was determinant for the achieved results. Furthermore, the constant support of national consultants, EBBS tutors, and CGSCAM technical references,

through the UniverSUS Platform, regular formation meetings, and the meetings of the Child Health Coordinators Forum, were facilitators of the articulation between the different actors of the territories.

The institutional and service support is a device that has been gaining prominence in the implementation of policies in the scope of the SUS (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011; CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013). We hope, from this report, to contribute to the enhancement of the action of thematic consultants in the territories, as well as the implementation of the PNAISC axes, approved in the *Comissão Intergestores Tripartite* (Tripartite Intermanagers Commission) in December 2014. ■

References

- BARROS, M. E.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATOS, R. A. *Trabalho em Equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007, p. 75-84.
- BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dez. 2011.
- CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. *Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. 402 p.
- FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-75, jul./set. 2011.
- FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. *Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, p. 85-110.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 406 p.
- OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciênc. saúde colet.* Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 229-238, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>>. Acesso em: 14 out. 2015.
- PAIM, J. S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, p. 9-28, 2011.
- VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, may 2011.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão de texto e tradução

Normalization, proofreading and translation

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Annabella Blyth (inglês)

Frederico Azevedo (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão

Printing

Imos Gráfica e Editora

Tiragem

Number of Copies

5.000 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel Offset LD 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²

Core in Offset LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2015.

n. 53; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1