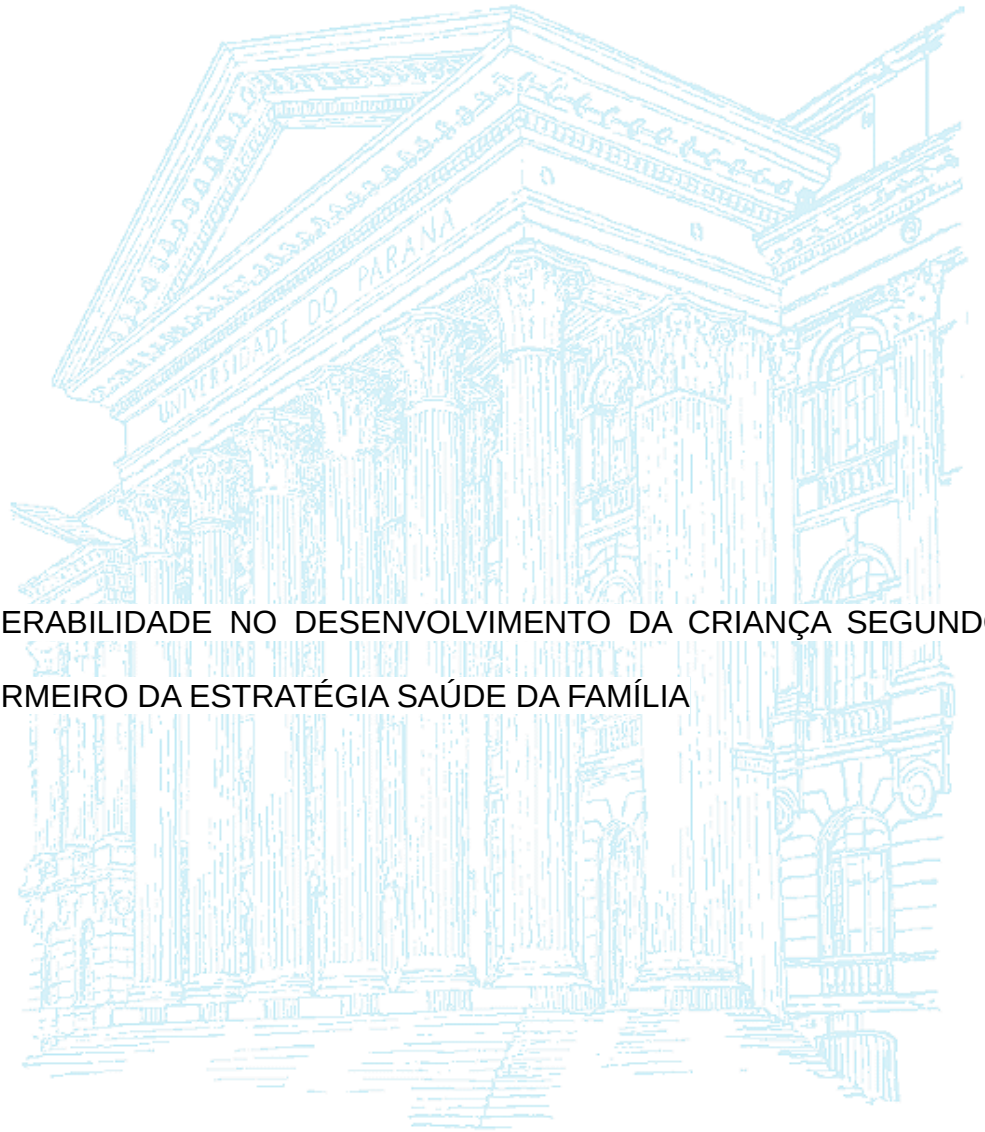
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIEL IGNACIO DA SILVA



VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CURITIBA
2012

DANIEL IGNACIO DA SILVA

VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná como requisito para obtençãodo grau de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Prática Profissional em Enfermagem.
Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Verônica de Azevedo Mazza

CURITIBA
2012

Silva, Daniel Ignacio da
Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da estratégia saúde da família / Daniel Ignacio da Silva – Curitiba, 2012.
138 f. : il.(algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Verônica de Azevedo Mazza
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem , Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Área de concentração: Prática Profissional em Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Inclui bibliografia

1. Vulnerabilidade. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Saúde da criança. 4. Promoção da saúde. 5. Enfermagem. I. Mazza, Verônica de Azevedo. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.
CDD 610.734

TERMO DE APROVAÇÃO

DANIEL IGNACIO DA SILVA

VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SEGUNDO O ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: _____
Profª. Drª. Verônica de Azevedo Mazza
Presidente da banca: Universidade Federal do Paraná

_____
Profª. Drª. Anna Maria Chiesa
Membro titular: Universidade de São Paulo

_____
Profª. Drª. Maria Marta Nolasco Chaves
Membro titular: Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 04 de dezembro de 2012.

Eu dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida:

Wilmara, Marcelo e meus pais

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me concedido saúde e forças para seguir adiante; e a oportunidade de pesquisar e trabalhar para o desenvolvimento das crianças.

À Wilmara, por ser uma esposa especial, companheira e compreensiva. Sou muito grato pelas suas transcrições, foram muito importantes para o andamento do trabalho.

Ao Marcelo, meu filho amado, que nasceu durante a construção desta pesquisa, e foi a minha inspiração para estudar e pesquisar sobre o desenvolvimento infantil.

Aos meus pais, Arlete e Moisés, pelos valores que me passaram, ensinando-me o caminho a ser trilhado.

A todos os meus familiares, especialmente meus sogros, Warlei e Marino, que sempre estiveram ao meu lado nesta jornada.

À Prefeitura Municipal de Colombo, na pessoa da Doutora Ivonne Cecília Restrepo Solano e da Enfermeira Valquíria Clecy Plucheg, por terem autorizado minha participação no mestrado e liberado o período em que me dediquei para este constructo. Aludo especialmente às colegas Rosana Aparecida Piler, Danielle de Mello Cherbiski, Josiane Lunardon Taverna, Kátia Maciel, Juliana Bertolin Gonçalves e às enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde que me apoiaram neste projeto.

À minha orientadora, Professora Doutora Verônica de Azevedo Mazza, por ter-me dado a oportunidade de trabalhar ao seu lado e ter-me ajudado nesta batalha que é a elaboração de uma pesquisa acadêmica. Juntos tivemos muitos momentos de alegria e realização.

Às Professoras Doutoras Anna Maria Chiesa, Maria Marta Nolasco Chaves, Liliana Muller Larocca e Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, que contribuíram para com esta

pesquisa, por meio de sugestões, críticas e correções no exame de qualificação e na banca de defesa.

Ao Professor Doutor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, que colaborou com a estruturação conceitual desta dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGENF-UFPR) e seus professores, pelo aprendizado e apoio ofertados.

Aos membros do GEFASED, pelo auxílio na construção e avanços deste trabalho, e pelos momentos de companheirismo nas discussões.

À UFPR, pela oportunidade do mestrado acadêmico, pela estrutura e pelo ensino ofertados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro oferecido a este mestrando.

À Prefeitura Municipal de Curitiba, pelo espaço de pesquisa autorizado a este mestrando. Agradeço especialmente aos enfermeiros que me receberam nas Unidades Municipais de Saúde nos cinco distritos sanitários que percorri. Estes resultados são para o avanço em nosso cuidado. Vocês são extraordinários!

Eu tenho um sonho!

“Eu digo a você hoje, meus amigos, que embora nós enfrentemos as dificuldades de hoje e amanhã. Eu ainda tenho um sonho. É um sonho profundamente enraizado no sonho americano.

Eu tenho um sonho que um dia esta nação se levantará e viverá o verdadeiro significado de sua crença - nós celebraremos estas verdades e elas serão claras para todos, que os homens são criados iguais.

Eu tenho um sonho que um dia nas colinas vermelhas da Geórgia os filhos dos descendentes de escravos e os filhos dos descendentes dos donos de escravos poderão se sentar junto à mesa da fraternidade.

Eu tenho um sonho que um dia, até mesmo no estado de Mississipi, um estado que transpira com o calor da injustiça, que transpira com o calor de opressão, será transformado em um oásis de liberdade e justiça.

Eu tenho um sonho que minhas quatro pequenas crianças vão um dia viver em uma nação onde elas não serão julgadas pela cor da pele, mas pelo conteúdo de seu caráter.

Eu tenho um sonho hoje!”

Martin Luther King Jr., em 28 de agosto de 1963.

RESUMO

SILVA, D.I. **Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família**. 2012. 138f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Profª. Drª. Verônica de Azevedo Mazza.

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, com objetivo de compreender a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi desenvolvido em unidades básicas de saúde com ESF localizadas em cincodistritos sanitários da cidade de Curitiba-PR com Indicadores de Inserção Social e de Qualidade do Domicílio iguais ou inferiores à média do Município. Os distritos sanitários escolhidos conforme os critérios acima estabelecidos foram: Cajuru, Boqueirão, Bairro Novo, Pinheirinho e CIC. Os sujeitos da pesquisa foram 39 enfermeiros que compunham as equipes das unidades referidas e atenderam aos critérios de inclusão: lotação na área de maior risco social e epidemiológico da unidade e dois anos completos de atuação na ESF. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas. As falas do sujeitos foram analisadas de acordo com a hermenêutica dialética. Os resultados foram agrupados em 13 categorias de acordo com as dimensões da vulnerabilidade: *Vulnerabilidade Individual*: elos familiares fracos, toxicodependência e violência, juventude materna, doença materna e dificuldades de prover cuidado. *Vulnerabilidade Social:* precariedades na inserção social da família, iniquidades na ocupação do solo e dificuldades de acesso à proteção e promoção social.*Vulnerabilidade programática:* falhas no investimento do estado, fragilidades nas articulações intersetoriais, debilidades na infraestrutura dos serviços, insuficiência de implementação programática e lacunas no modelo assistencial. Esta pesquisa evidenciou que o enfermeiro da ESF compreende a vulnerabilidade da criança para além da dimensão biológica e individual, reconhecendo os elementos contextuais e estruturais que influenciam o desenvolvimento infantil. Ao utilizar o conceito de vulnerabilidade em seu cotidiano profissional, o enfermeiro e a equipe de Saúde podem analisar criticamente as suas práticas com vistas à integralidade da atenção e à complexidade da concepção de saúde. E sua aplicação no cuidado à criança permite a reorientação do modelo assistencial, com a superação do conceito biologicista e fragmentado de desenvolvimento infantil. O produto final da operacionalização da vulnerabilidade deve ser a superação do modelo probabilístico de diagnóstico em saúde para um olhar direcionado às necessidades específicas dos sujeitos e comunidades. Contudo, depreende-se, que além desta mudança assistencial, o Estado deve investir na proteção e promoção social das famílias, na diminuição das desigualdades sociais e na garantia da proteção integral da criança.

Palavras - chave: Vulnerabilidade. Desenvolvimento infantil. Saúde da criança. Promoção da saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, D.I. **Vulnerability in the child development according to nurses in the Family Health Strategy Program.** 2012. 138p. Dissertation [Nursing Master's Degree] – Federal University of Parana, Curitiba/Brazil. Advisor: Prof. Verônica de Azevedo Mazza, PhD.

It is an exploratory qualitative study objectifying to understand vulnerability in the child development according to nurses in the Family Health Strategy Program (FHSP). It was developed in primary health units, carrying out the FHSP, located in five health districts in the city of Curitiba, Parana State/Brazil featuring Indicators of Social Insertion and Housing Quality similar to or inferior to the municipality average. The health districts, selected according to the mentioned criteria, were as follows: Cajuru, Boqueirão, Bairro Novo, Pinheirinho e CIC. Research subjects were 39 nurses from the mentioned health unit teams who met the following inclusion criteria: working in the highest social and epidemiologic risk area of the unit and two full years carrying out the FHSP. Data collection was held between February and March/2012 by means of semistructured interviews. Subjects' speeches were analyzed according to dialectical hermeneutics. Results were grouped in 13 categories regarding the vulnerability dimensions: *Individual Vulnerability*: fragile family ties, drug addiction and violence, young mothers, maternal disease and difficulties in providing care. *Social Vulnerability*: family with poor social insertion, land occupation inequities, difficulties in accessing protection and social promotion. *Program vulnerability*: state investment failures, weaknesses in intersectoral articulations, service infrastructure fragilities, program implementation insufficiency and care model gaps. This research study evidenced that nurses of FHSP apprehend child vulnerability beyond biological and individual dimension, recognizing contextual and structural elements which influence child development. By using the vulnerability concept in their daily practice, nurses and the Health team may critically analyze it focusing on care wholeness as well as the complexity of health conception. In addition, its application to child care enables to reorient the care model, overcoming the biologistic, fragmented concept of child development. The final product of vulnerability operationalization must be to overcome the probabilistic model of health diagnosis towards subjects and communities' specific needs. However, besides this caring shift, it is inferred that the State must invest in family protection and social promotion, in the reduction of social inequalities, and in the guarantee of children's full protection.

Key - words: Vulnerability. Child Development. Child Health (Public Health). Health Promotion. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - SÍNTESE DAS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 30

FIGURA 2 - SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE EM CURITIBA-PR..... 42

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA..... 47

FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM AS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA..... 52

FIGURA 5 - CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO INDIVIDUAL DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA 53

FIGURA 6 - CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO SOCIAL DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA..... 76

FIGURA 7 - CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA..... 90

FIGURA 8 - CATEGORIAS EMPÍRICAS E ANALÍTICAS DA VULNERABILIDADE DA CRIANÇA COMO OBSTACULOS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E AS LACUNAS ENCONTRADAS NA COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO 106

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - SÉRIE HISTÓRICA DO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O PERFIL MATERNO E NEONATAL..... 41

TABELA 2 - NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O CRITÉRIO DE RISCO ACORDO COM OS DISTRITOS SANITÁRIOS NO ANO DE 2010..... 41

TABELA 3 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL POR GRUPOS DE CAUSA NOS DISTRITOS SANITÁRIOS, CURITIBA – 2008..... 43

TABELA 4 - UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (UMS) COM ESF EM CURITIBA-PR, SEGUNDO OS DS ESCOLHIDOS..... 46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 13

2 REVISÃO DA LITERATURA 16

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA 16

2.2 VULNERABILIDADE..... 21

2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL..... 26

2.4 MATRIZ ANALÍTICA DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA..... 29

3 MÉTODO 39

3.1 TIPO DE PESQUISA 39

3.2 LOCAL DA PESQUISA 39

3.2.1 Descrição geral do Município de Curitiba..... 39

3.2.2 Critério de seleção das unidades de Saúde da Família..... 45

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA 48

3.4 ASPECTOS ÉTICOS 49

3.5 COLETA DE DADOS 50

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS 50

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 53

4.1 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL..... 53

4.2 VULNERABILIDADE SOCIAL..... 76

4.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA..... 90

4.4 SÍNTESE..... 104

5 CONCLUSÕES..... 107

REFERÊNCIAS 109

APÊNDICES 132

ANEXOS 136

1 INTRODUÇÃO

O perfil da morbidade infantil mudou, do século XIX para o XX, de uma realidade epidemiológica centrada em doenças infecciosas, parasitárias e de desnutrição, para um perfil de adoecimento relacionado às novas situações de morbidades como exposição à violência, uso de drogas por seus pais, aumento da obesidade e sedentarismo; assim como a permanência de constantes iniquidades[1] em saúde relacionadas com desigualdades econômicas, raciais e étnicas (SHONKOFF *et al.,* 2012a).

Dentro deste contexto, estudos têm apontado que as metas político-programáticas para o desenvolvimento infantil não devem estar centradas apenas em sua sobrevivência física, mas também em fatores de ordem social, emocional, de linguagem e cognitiva (DI PIETRO, 2000; MUSTARD, 2008; MUSTARD, 2009a; SHONKOFF, 2011). Estas demandas desafiam a sociedade em garantir às crianças, todos os seus direitos fundamentais como proteção, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, cultura, entre outros (MAZZA, 2007).

Todavia, tais objetivos somente podem ser alcançados se houver um compromisso político e social que viabilize condições sociais, econômicas e materiais às famílias (MAZZA, 2007; APOSTÓLICO *et al.*, 2007). Assim como se existirem políticas públicas que proporcionem a estas o aumento de sua autonomia para cuidar dos seus filhos (SHONKOFF; LEVITT, 2010; FERREIRA *et al.,* 2010).

Como parte do contexto das políticas públicas que visam à promoção do desenvolvimento infantil, o setor saúde necessita estar presente por meio de ações efetivas e eficazes, que sejam planejadas e executadas de acordo com as necessidades de saúde, que podem ser identificadas pelos gestores públicos por meio de indicadores sociodemográficos e epidemiológicos, que traduzem as condições de vida de uma população, que podem influenciar o desenvolvimento infantil (SAMICO *et al.,* 2005).

No contexto do desenvolvimento infantil, entende-se que diversos são os elementos de vulnerabilidade que comprometem o meio social onde a criança e

[1] Conceito que indica a essência do problema da distribuição de bens e consumo em sociedades caracterizadas pela concentração de poder (BREILH, 2006).

seus familiares estão inseridos, fundamentalmente os de natureza socioeconômica e cultural (PEDROSO; MOTA, 2010a).

Nessa perspectiva, as ações de saúde devem abarcar os determinantes sociais do processo saúde-doença, considerando as condições psicossociais vulneráveis dos indivíduos indo além das causas biológicas das doenças, buscando atender às necessidades de saúde conforme o grau de vulnerabilidade, que pode ser conceituada como o movimento de considerar a exposição das pessoas aos agravos à saúde como o resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais (MEYER *et al.,* 2006). Nesse conceito, são apreendidas as características das gêneses socioeconômicas e os elementos determinantes individuais, sociais e programáticos das vulnerabilidades (AYRES *et al.,* 2003).

As ações do setor saúde devem englobar as questões socioeconômicas dos indivíduos (CHIESA, 2005), e serem desenvolvidas na perspectiva de superar iniquidades, a fim de potencializar a autonomia dos sujeitos e grupos para influir nos processos produtores de saúde-doença (MAZZA, 2007). Para tanto, as estratégias de promoção da saúde devem integrar diferentes setores da sociedade, com participação ativa da comunidade em sua construção e implementação (ÁVILA, 2009).

É preciso repensar as práticas de cuidado à saúde da criança, considerando as vulnerabilidades pertinentes à essa faixa etária. Todavia é necessário compreender a criança como um sujeito social que possui características e necessidades próprias, que devem ser avaliadas à luz das condições materiais de vida, assim como de acordo com as vulnerabilidades peculiares do desenvolvimento infantil e reconhecer que o cuidado prestado às crianças tem papel decisivo no desenvolvimento de suas potencialidades (CHIESA, 2005).

Portanto, a equipe de saúde deve assumir a corresponsabilidade de assistir às crianças, considerando suas reais necessidades de saúde e suas vulnerabilidades, e não simplesmente cumprindo regras e normas de protocolos clínicos de assistência (CHIESA, 2005).

Como integrante da equipe de saúde, a Enfermagem pode colaborar para a promoção do desenvolvimento infantil por meio das ações realizadas tanto na Unidade de Saúde, como na comunidade. Assim como contribuir para a resolutividade e integralidade das ações de saúde, proporcionando a avaliação do

estado de saúde e o controle de doenças, e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

Diante da necessidade de a Enfermagem superar o paradigma biologicista e empreender um cuidado baseado nas reais necessidades de saúde das crianças com base em suas vulnerabilidades, este estudo tem como questão norteadora: Qual é a compreensão do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família sobre a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança?

A Enfermagem necessita redefinir os objetos de sua intervenção em saúde, analisando criticamente seus modelos de atenção e propondo uma renovação dos mesmos como práticas sociais e históricas. Portanto, esta mudança demanda que o cuidado do enfermeiro, seja permeado pelas necessidades individuais e coletivas, e construído na perspectiva da intersetorialidade e da interdisciplinaridade (MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

É objetivo desta pesquisa: Compreender a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Ao abordar o histórico da atenção à saúde da criança, é relevante lembrar os processos que transformaram o Brasil depois da Segunda Guerra Mundial, em uma nação urbana e industrial, embora se caracterizasse como uma economia agro-exportadora e de industrialização tardia (CURADO; CRUZ, 2008). Apesar de apresentar um notório crescimento econômico e industrial, caracterizava-se como um país de enormes desigualdades sociais. Em meados dos anos 1970, uma incomparável crise emergiu e ocasionou instabilidade e desequilíbrio na economia brasileira (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

A realidade mundial de altas taxas de mortalidade materno-infantil e de doenças imunopreveníveis (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997), motivou a realização, em 1978, em Alma-Ata, localizada na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, da Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde, a qual propôs uma valorização da relação entre os componentes: saúde, pobreza e desenvolvimento socioeconômico, expandindo a discussão para que as iniquidades e desigualdades sociais fossem superadas, melhorando as condições de saúde da população (ÁVILA, 2009).

No Brasil, baseadas nas propostas da Conferência de Alma-Ata, foram recomendadas algumas ações programáticas que abrangiam a atenção primária à saúde (APS), a participação social, a regionalização e hierarquização dos serviços e a integralidade das ações de prevenção e recuperação (ÁVILA, 2009).

Na assistência à saúde infantil, os programas foram organizados a partir de processos que permitissem maior capacidade de resolução dos serviços de saúde, além de evidenciada eficiência e baixa complexidade, devendo ser reintroduzidas as ideias coletivas nas práticas de saúde (ÁVILA, 2009).

Com o objetivo primordial de reduzir a mortalidade infantil, que era no Brasil, em 1980, de 82,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (IBGE, 1999), foi implantado, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a fim de permitir a formação de vínculos entre a população e os serviços de saúde, por meio

de ações direcionadas às crianças menores de 5 anos de idade. Entre essas ações estavam: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, promoção do aleitamento materno e orientação alimentar por ocasião do desmame, controle das doenças imunopreveníveis por vacinas, controle das doenças diarreicas da infância e assistência e controle das infecções respiratórias agudas (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Apesar das conquistas obtidas no ponto de vista legal, o I Encontro da UNICEF, realizado em Nova Iorque, nos Estados Unidos, verificou que os objetivos planejados na Declaração de Alma-Ata - 1978 - não haviam sido alcançados em muitos países, inclusive no Brasil. Tal situação provocou apreensão em todos os países membros e conduziu os órgãos internacionais a instituírem prioridades com vistas à redução da morbimortalidade infantil provocada por agravos preveníveis como diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis, até o ano 2000 (PRADO, 2005).

Nesse ínterim, foi proposta a implantação de um sistema de saúde fundamentado em um modelo tecnoassistencial que congregasse os princípios da atenção primária à saúde, que reconhecesse a determinação social do processo saúde-doença, e trouxesse uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população (FEUERWERKER, 2005). Diante disso, inspirada no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, a Constituição Federal, de 1988, consolidou a atenção à saúde como uma prerrogativa social, universal, derivada da concepção de cidadania (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Essas conquistas sociais, na área da saúde, estabeleceram uma estrutura jurídico-legal, por meio da Constituição Federal de 1988, Leis 8.080 e 8.142, de 1990, que determinaram profundas modificações no modelo assistencial à saúde. Nessa perspectiva, as ações e os serviços de saúde foram caracterizados como dever do Estado, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído conforme os princípios de universalidade, igualdade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização por níveis de complexidade e com participação da comunidade (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

As políticas públicas de saúde no Brasil passaram a ter maior ênfase na reorientação do modelo assistencial à saúde. Assim, no ano de 1994, o Ministério da Saúde iniciou o processo de reorganização da atenção primária à saúde por meio do Programa Saúde da Família que posteriormente foi denominado Estratégia

Saúde da Família (ESF) (FEUERWERKER, 2005).

Essa estratégia propõe desenvolver atividades sob os princípios e diretrizes do SUS como adscrição dos usuários, integralidade, acessibilidade, variedade de serviços, continuidade da atenção, organização do trabalho fundamentado em uma equipe multiprofissional (STARFIELD, 2002; RONCALLI; LIMA, 2006), sendo atualmente proposto que a ESF exerça o papel de coordenadora e organizadora do cuidado, fundamentado pela lógica das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

A adscrição de seus usuários e a ênfase na unidade familiar, como objeto do cuidado da equipe de saúde da ESF, constituem as características mais inovadoras dessa estratégia (RONCALLI; LIMA, 2006). O trabalho é desenvolvido em um território, entendido não apenas na dimensão geográfica, mas nas dimensões das relações sociais e econômicas (FEUERWERKER, 2005).

Este trabalho multiprofissional busca impactar sobre os diferentes elementos que influenciam no processo saúde-doença e que podem modificar as práticas profissionais pela convivência com trabalhadores de diferentes áreas, sendo todos sensibilizados para a intervenção na realidade em que são participantes (ARAUJO; ROCHA, 2007).

O princípio de integralidade,quando aplicado nas práticas de saúde, permite a promoção da saúde no cotidiano dos indivíduos; assim como a realização de diagnósticos e tratamentos em tempo adequado, e a redução dos danos, por meio de ações de reabilitação e de inserção social. Este princípio é garantido aos usuários nos serviços de atenção primária à saúde, quando composto pelos seguintes componentes: tempo de disponibilidade da unidade básica de saúde; tempo de espera em limites plausíveis; comunicação eficaz entre profissional e usuário; flexibilidade para atendimentos extras para situações de urgência; acesso rápido aos atendimentos do equipamento; realização de visitas domiciliares e busca ativa aos usuários com necessidades prioritárias de saúde, entre outras ações (FREITAS *et al.,* 2010).

A acessibilidade aos serviços de saúde refere-se à facilidade de acesso da população adscrita aos serviços, com ampla divulgação dos horários e dias em que está em funcionamento, com a distribuição equânime de atendimentos de demanda espontânea e programada, que sejam reconhecidos pela comunidade (STARFIELD, 2002).

Como variedade de serviços entende-se como o conjunto de ações à disposição para a população, que pode variar de localidade para localidade conforme a incidência ou prevalência de agravos da população. E como continuidade da atenção entende-se como a organização dos serviços oferecidos numa sucessão ininterrupta, nos quais a equipe possa ter sempre informações adequadas e atualizadas de seus usuários, e que suas situações de saúde possam ser detectadas e manejadas adequadamente (STARFIELD, 2002).

Segundo Mendes (2011 p.82), as redes de atenção à saúde (RASs) “são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, devendo apresentar missão e objetivos comuns, operando de maneira cooperativa e interdependente, e trocando mutua e constantemente seus recursos.

Nesta perspectiva o cuidado em saúde deve ser estabelecido sem relações hierárquicas entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; o que implica um processo contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário. Este sistema deve ser organizado a partir de uma atenção integral com intervenções de promocão, prevenção, recuperação e de reabilitação funcionando sob a coordenação da APS (MENDES, 2011).

A ESF é caracterizada como APS, estando localizada no nível de serviços de menor densidade tecnológica que devem ser dispersos e acessíveis a toda a população. Por outro lado, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, laboratórios clínicos e exames de imagem etc., necessitam estar concentrados para que possam otimizar recursos e promover economia de escala, tendo sua distância e localização impacto menor sobre o acesso do usuário (MENDES, 2011).

Considerando a ESF, como um instrumento de fortalecimento da atenção primária, várias ações programáticas foram implantadas visando a fortalecer o cuidado à criança (SAMICO *et al*., 2005).

Dentres essas se destaca a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), implantada no Brasil em 1996, que propõe “uma avaliação sistemática dos principais fatores que afetam a saúde infantil, integrando ações curativas com medidas de promoção e prevenção, buscando a qualidade do atendimento” (PINA *et al*., 2009 p. 143).

Dando continuidade em 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), fundamentado nas necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período puerperal. Este programa busca garantir a toda gestante o direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, assim como aos recém-nascidos (BRASIL, 2005).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal foi lançado em 2001, por meio da Portaria do Ministério da Saúde Nº 822, de 06 de junho de 2001, que regulamentou a realização do teste do pezinho para as patologias de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, assim como a fibrose cística, em todo território nacional (RAMALHO; MAGNA; SILVA, 2002).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, que apontava intervenções a serem aplicadas nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudáveis, visando à garantia de direito das crianças e o dever do poder público (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, publicada em 2004, apontava os cuidados à saúde da criança como essenciais para a garantia da qualidade de vida das crianças. O documento previa os princípios norteadores do cuidado da saúde da criança como ações intersetoriais, universalidade, acolhimento, responsabilização, assistência integral e resolutiva, entre outras (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Implantado em 2006, o Pacto pela Saúde prevê, entre muitas outras, as metas de indicadores de saúde da criança como objetivos a serem alcançados pelos gestores na execução das políticas públicas de saúde. Entre esses indicadores encontram-se o coeficiente de mortalidade infantil, mortalidade materna, percentual de crianças acompanhadas pela vigilância alimentar e nutricional, assim como as coberturas vacinais adequadas para menores de um ano (FADEL; SCHNEIDER, 2009).

Diante das políticas e ações programáticas até aqui discutidos, entende-se que deve ser construída uma rede de atenção integral à saúde da criança, coordenada pela APS, o que permita a satisfação das necessidades e melhoria da qualidade de vida da criança, expressas em melhores indicadores de

morbimortalidade (MENDES, 2011).

Destarte, conjuntamente com a equipe, a enfermagem pode atuar diretamente na expansão do acesso das famílias aos serviços de saúde, por meio de ações de prevenção e de promoção da saúde, cooperando para reduzir as iniquidades sociais e melhorar o padrão de vida das famílias e das crianças, podendo melhorar os indicadores de saúde infantis (MELLO *et al.,* 2009).

Entretanto, para que a assistência à saúde das crianças possa ser efetiva e eficiente, é necessário que a equipe conheça a realidade dessas e o espaço político e social em que vivem (SILVA *et al.,* 2011), e planeje suas linhas de cuidado orientadas por diretrizes técnicas “como o acolhimento da demanda e as necessidades de saúde, o comprometimento da equipe na vigilância à saúde da criança, a priorização da atenção à criança de risco, o desenvolvimento de ações coletivas e a ênfase nas ações de promoção da saúde” (ÁVILA, 2009 p.37).

Por isso, o envolvimento da equipe de atenção primária no cuidado direto às crianças e no fortalecimento das famílias para o mesmo, mediante o vínculo, o compromisso e a continuidade do acompanhamento pode fortalecer o cuidado à saúde da criança, possibilitando a esta desenvolver-se plenamente (MARTINS; VERÍSSIMO; OLIVEIRA, 2008).

2.2 VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade teve origem na área dos direitos humanos, e era conceituado como o direito e a autonomia dos indivíduos em relação à sua participação política e institucional, e à política econômica produzida pela sociedade organizada estruturalmente e historicamente (KALIPENI, 2000).

Em uma perspectiva etimológica, vulnerabilidade tem sido conceituada como o ponto pelo qual alguém ou algo pode ser atacado (FERREIRA, 2004), relacionada com uma característica pessoal, inata ou adquirida, e representaria uma predisposição dos indivíduos em sofrer eventos adversos em seu desenvolvimento (CECCONELLO, 2003).

Entretanto, antecedendo a ideia de vulnerabilidade, o conceito de risco evoluiu durante o século XX, passando pelas fases da Epidemiologia da

Constituição – definida pelo comportamento coletivo das doenças expresso pelas "condições imediatamente constitutivas da interação de organismos humanos entre si, com organismos não humanos e elementos externos não orgânicos em um dado meio e por força desse meio" (AYRES, 2002 p.32); pela Epidemiologia da Exposição - definida pela "exposição ao agente causal de uma doença" (AYRES, 2002 p.34); até a Epidemiologia do Risco – definida, como "método de raciocínio sobre a doença, que trata de inferências biológicas derivadas da observação dos fenômenos da doença em grupos populacionais" (AYRES, 2002 p.37).

O conceito que ainda permanece é a ideia da probabilidade de um indivíduo, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma organização experimentarem uma situação negativa (FRASER; RICHMAN; GALINSKY, 1999). Esta conceituação de risco supõe que há a probabilidade estatística em certas populações para o surgimento de algum agravo, havendo aumento para predisposição de as pessoas e populações apresentarem resultados negativos, remetendo ao aparecimento de uma doença, descrevendo também a duração, constância e amplitude dos sintomas (CECCONELLO, 2003).

No campo da saúde, o risco tem sido entendido pelas ciências médicas como a "construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos empíricos" (AYRES, 2002 p.37); e tem permeado as ações de saúde no planejamento, execução e construção de práticas assistenciais (AYRES *et al.,* 2006a). Entretanto, essas práticas não conseguiram alcançar seus objetivos, quer seja no controle de agravos não transmissíveis, quer seja em situações de epidemias como a da AIDS, que teve sua eclosão no início dos anos 1980 (AYRES *et al.,* 2006a).

Essas associações probabilísticas geraram aos grupos de risco uma série de estigmas e preconceitos por parte da sociedade, sem produzir a sensibilização necessária para modificar a situação, havendo inclusive atraso nas práticas preventivas (AYRES *et al.,* 2006a).

Como substituição aos grupos de risco foram propostas práticas preventivas como uma opção de redução de risco, estabelecendo assim o comportamento de risco, o qual apresentou muitas limitações, pois este somente visava à escolha do indivíduo somada ao grau de informação que este recebia, porém havia uma ausência de políticas públicas de atendimento para os infectados pela epidemia da AIDS (AYRES *et al.,* 2003).

Mesmo com a adoção de políticas de redução de risco, observou-se grande incidência de infectados entre as pessoas de classes sociais mais baixas, mulheres, negros, moradores das periferias das grandes cidades, assim como as residentes em nações mais pobres. O que levou alguns pesquisadores a proporem ao Programa das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), uma metodologia de análise de vulnerabilidade à infecção ao HIV e à AIDS como uma tentativa de responder às lacunas desta epidemia (AYRES *et al.,* 2006a).

Nesta perspectiva foi proposta uma análise que congregava além do comportamento individual, os aspectos coletivo e social. O âmbito individual é composto por elementos como autoavaliação, conhecimento, comportamentos, *status* social, acessibilidade à informação e possibilidade de transmissão da doença. Por outro lado, o aspecto coletivo está relacionado à avaliação da competência estrutural e operacional dos programas de controle da epidemia e o aspecto social refere-se à realidade social (MANN; TARANTOLA, 1993).

O modelo conceitual original, proposto por Mann e Tarantola (1993), tem sido considerado permeado de conceitos comportamentais e cognitivos da tradição norte-americana de pesquisa social, ao focalizar o âmbito individual (PARIS, 1999[2] *apud* MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Nesta metodologia, o comportamento individual é o determinante da vulnerabilidade à infecção, proposição que justifica o foco das ações no indivíduo, porém estas não foram satisfatórias para controlar a epidemia.

A partir da construção teórica de Mann e Tarantola (1993), Ayres *et al.* (2003) apresentaram a vulnerabilidade como a oportunidade dos indivíduos adoecerem como o resultado de uma série de características não somente de cunho individual, mas também coletivo e contextual na qual a exposição das pessoas ao adoecimento está relacionada com a disponibilidade dos recursos para a proteção, pautada diretamente pelo comportamento pessoal, pela conjuntura social e pelos programas de enfrentamento às enfermidades (AYRES *et al.,* 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Os elementos da vulnerabilidade individual são de natureza cognitiva, que se refere à quantidade e à qualidade de conhecimento disponível às pessoas e à sua competência de organizar; e de natureza comportamental que concerne à

[2]PARIS, S. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. Folha Médica UNIFESP, v.18, 1999.

aptidão, desenvoltura e empenho para modificar essas apreensões em posições e atos que criam oportunidades para que os indivíduos desenvolvam agravos ou não. Essas condutas agregadas à maior vulnerabilidade não são compreendidas nem recebem intervenções, como uma consequência instantânea das atitudes espontâneas dos indivíduos, porém como interligadas às circunstâncias ambientais objetivas, culturais e sociais em que as condutas ocorrem, assim como, o nível de consciência desses indivíduos sobre suas condutas e o seu poder de alterá-las (AYRES *et al.*, 2003).

O componente social da vulnerabilidade abrange o acesso à informação e seu cônscio emprego a fim de que possam ocorrer modificações nas práxis individuais que não são somente dependentes da decisão dos indivíduos, mas por componentes como, o acesso aos meios de comunicação, a escolaridade, aos recursos materiais disponíveis, ao poder de influir nas deliberações políticas, de estar livre de pressões de violência, de maiores investimentos no setor saúde; de enfoques socioculturais, da liberdade e dos direitos conquistados e das condições de bem-estar (AYRES *et al.,* 2003).

O componente programático se compõe de avaliação de políticas, programas e serviços quanto ao seu compromisso de disponibilizar recursos, de gerenciar e de monitorar ações de prevenção, visando a fortalecer os indivíduos diante de agravos (AYRES *et al.,* 2006b).

Integrados entre si, os três componentes considerados na análise de vulnerabilidade permitem expressar as condições que permeiam o processo de adoecimento e ponderam que as pessoas não são por si mesmas vulneráveis, mas podem apresentar vulnerabilidades a alguns agravos e não a outros, sob deliberadas situações, em diversos períodos de suas vidas (MEYER *et al.,* 2006).

Este conceito de vulnerabilidade contribui no reconhecimento das vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde, tornando possíveis as intervenções mais apropriadas a uma dada coletividade, segundo a orientação da promoção da saúde (NAKAMURA *et al.,*2009).

A compreensão e a identificação das vulnerabilidades dos usuários a partir de suas necessidades pode ser uma ferramenta útil para a consulta de Enfermagem, que deve ser um momento de troca de saberes e estabelecimento de laços (SOUZA; MIRANDA; FRANCO, 2011). Assim como, a operacionalização do conceito de vulnerabilidade por parte da equipe de Enfermagem, em seu contexto

assistencial, pode promover a renovação de suas práticas de cuidado, adjudicando maior integralidade e equidade às ações de saúde (BARRA *et al.,* 2010).

É necessária a reorientação das práticas das equipes de atenção primária na educação e promoção da saúde, devendo estas extrapolar os componentes informativos e higienistas e incorporar a análise da vulnerabilidade no planejamento de suas ações (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

O uso do conceito de vulnerabilidade favorece o alcance de elementos que norteiam o planejamento e a avaliação das ações com vistas à promoção da saúde. A iniciativa de conhecer os elementos de vulnerabilidade de uma dada população e as conexões entre os diversos contextos socioeconômicos, políticos, institucionais e culturais entre indivíduos e grupos populacionais, permitirão o fortalecimento dos ambientes saudáveis de vida e do autocuidado da população para sua qualidade de vida (BERARDINELLI *et al.,* 2010).

Dentro da área da Saúde da Criança, Pedroso e Motta (2010a e 2010b) buscaram compreender as compreensões dos enfermeiros sobre as influências das vulnerabilidades de origem socioeconômicas no cuidado à criança e seus familiares no ambiente de Unidades de Internação Pediátricas.

Este estudo apresentou como resultado: a compreensão do conceito de vulnerabilidade de origem socioeconômica, na qual apresenta como vulnerabilidade no cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, às condições de moradia das crianças e suas famílias; a dificuldade de compreensão das orientações fornecidas pela equipe de saúde acerca do diagnóstico e tratamento das patologias; as propostas para o manejo das situações de vulnerabilidades socioeconômicas como: visitas domiciliares como marco inicial para o diagnóstico da situação de enfrentamento das vulnerabilidades das famílias e proposições de promoção à saúde com ênfase no atendimento ambulatorial e na consulta de enfermagem (PEDROSO; MOTTA, 2010a; PEDROSO; MOTTA, 2010b).

A pesquisa supracitada traz a importância da instrumentalização do enfermeiro para atuar diante das circunstâncias de vulnerabilidade, assim como sua capacidade de desenvolver condutas eficazes que beneficiem o crescimento e desenvolvimento sadios da criança doente e sua família, em circunstâncias de vulnerabilidades socioeconômicas, quando seus componentes são corretamente identificados (PEDROSO; MOTTA, 2010b).

Diante dos conceitos e estudos apresentados, define-se que esta dissertação se embasa teoricamente no conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres *et al.,* (2003), pois este articula os componentes individual, social e programático da vulnerabilidade, apreende a determinação social da doença e se dispõe como sugestão de mudança das práticas de saúde, como práticas sociais, históricas e intersetoriais.

2.3 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Nos últimos anos, diversos segmentos da sociedade brasileira, como movimentos sociais, religiosos, entre outros, têm trabalhado dentro do campo jurídico-político para garantir que as crianças tenham pleno desenvolvimento, ainda que esta ação tenha estado restrita às leis e decretos sem muitas ações no campo prático. Tanto a Constituição Federal como o Estatuto da Criança e do Adolescente, tratam o cuidado ao desenvolvimento das crianças como um dever em que todos os setores da sociedade são chamados a participar (BRASIL, 1990; BRASIL, 2004; ESPÍRITO SANTO; AMORIM BASTOS, 2007).

Dentre as políticas públicas voltadas para este tema, destaca-se o Plano Nacional da Primeira Infância que traça as diretrizes gerais e os objetivos e metas que a nação deverá realizar em cada um dos direitos da criança afirmados pela legislação citada acima. Este plano, em consonância com outras políticas públicas, visa a alcançar os objetivos das convenções internacionais de que o país tem participado, e deverá ser desenvolvido em médio prazo (DIDONET, 2010).

Diante desse quadro político apresentado, e diante das evidências científicas apresentadas a seguir, considera-se que mundialmente, o desenvolvimento neuropsicomotor infantil, tem-se tornado, uma prioridade político-programática, em relação à aprendizagem e aquisição de competências, em particular na primeira infância (SHONKOFF; LEVITT, 2010); o que demanda o compromisso de todos os setores da sociedade e o incremento de políticas públicas que visem a dirimir as iniquidades dos determinantes sociais (CHIESA, 2005; MAZZA, 2007; DIDONET, 2010).

Os avanços alcançados pela neurociência, biologia molecular, epigenética e

pelas ciências comportamentais e sociais evidenciam que as influências que a criança experiencia em sua primeira infância, condicionarão o seu sucesso educacional, suas condições de saúde ao longo de sua vida, sua capacidade de produtividade econômica e seu papel como cidadão responsável (SHONKOFF, 2011).

O desenvolvimento infantil pode ser compreendido como um processo vital resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, no qual ocorrem mudanças qualitativas nas funções do indivíduo, que podem ser notadas em suas habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996); estando relacionado às mudanças e obtenções de habilidades e competências próprias de cada etapa da vida da criança (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Diante disso, para que a criança possa desenvolver-se, precisa receber cuidados que venham ao encontro de suas necessidades essenciais, que são aquelas que proporcionam mecanismos necessários para o alcance dos potenciais intelectual, social, emocional e físico (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Pode-se destacar as seguintes necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil: relações sustentadoras contínuas, proteção física, segurança e regulamentação, experiências que respeitem as experiências individuais da criança, experiências adequadas ao desenvolvimento, estabelecimento de limites, organização e expectativas; e comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Estas necessidades descritas estão relacionadas à sobrevivência e ao desenvolvimento integral do indivíduo, quaisquer que sejam sua etnia, classe social, condições físicas e mentais. A falta do provimento dessas pode produzir processos patológicos, que, de forma irreversível ou não, podem prejudicar o desenvolvimento da criança (BRAZELTON; GREESPAN, 2002), pois existe ampla evidência de que a adversidade significativa pode levar à ativação excessiva de sistemas de resposta ao estresse, incluindo os hormônios do estresse persistentemente elevados, como o cortisol, que podem trazer prejuízos ao desenvolvimento cerebral (MUSTARD, 2008; SHONKOFF, 2011).

As crianças que habitam nações em desenvolvimento e que moram em condições socioeconômicas precárias estão mais vulneráveis a vários agravos, pelo fato de serem geradas em gestações de risco (HALPERN *et al.* 2002). Tais

situações de vulnerabilidade contribuem para que essa população tenha comprometido seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Devido a isso, diversos estudos têm avaliado a relação dos diferentes elementos biológicos, psicossociais e ambientais dos indivíduos e seus familiares sobre o desenvolvimento infantil (VICTORA *et al.,* 1996; HALPERN *et al.*, 2002).

Um ambiente com estímulos inadequados e insuficientes pode compor estas situações de vulnerabilidade, que podem ser minimizadas por um ambiente apoiador. Entretanto, há diversas situações de vulnerabilidade que estão envolvidas na determinação do desenvolvimento e no comportamento das crianças(PILZ; SCHERMANN, 2007). O que pode prejudicar a maturação dos circuitos cerebrais, sistemas metabólicos reguladores, havendo interrupção dos órgãos de desenvolvimento, e aumento das probabilidades de ocorrerem em longo prazo problemas de aprendizagem, comportamento e de saúde física e mental (SHONKOFF, 2011).

Para se identificar uma criança vulnerável é necessário que haja inter-relação da condição do meio social no qual ela habita, com sua condição orgânica (PILZ; SCHERMANN, 2007). A miséria é considerada uma situação que constantemente aumenta a vulnerabilidade da criança, podendo originar subnutrição, carência social e prejuízos nas atividades educacionais (ZIMMERMAN; ARUNKUMAR, 1994). O crescimento na miséria incide um perigo ao bem-estar infantil e uma barreira para o seu desenvolvimento (CECONELLO; KOLLER, 2000).

As baixas condições econômicas constituem situações de vulnerabilidade que, em certas circunstâncias, não estão isoladas; elas permeiam o relacionamento dos pais da criança, colaborando para aumentar os conflitos entre os mesmos e com reflexos diretos no relacionamento desses com o filho, sendo denominadas como miséria afetiva (CECONELLO; KOLLER, 2000). Sendo a identificação e o tratamento das dificuldades relacionais entre a criança e seus pais um importante instrumento de intervenção em saúde pública (PILZ; SCHERMANN, 2007).

Diante da descrição das situações de vulnerabilidade para o desenvolvimento infantil, destaca-se o estudo, desenvolvido e publicado por Victora *et al.* (1996) e Halpern *et al.* (2002), que buscou conhecer as evidências sobre a determinação social do desenvolvimento infantil, de acordo o modelo transacional de desenvolvimento, estabelecendo uma relação entre os aspectos familiares, ambientais e sociais sobre o desenvolvimento humano, no qual foram

acompanhadas 5.304 crianças que nasceram nos hospitais do Município de Pelotas-RS e que habitavam a zona urbana.

Neste estudo foram analisadas as variáveis referentes às condições sociais e econômicas das famílias, como dados demográficos, história reprodutiva materna, hábitos maternos, morbidade e trabalho maternos, assistência ao parto e pré-natal (HALPERN *et al.,* 2002).

O resultado da pesquisa mostrou que as variáveis socioeconômicas mais prevalentes para o desenvolvimento infantil foram: baixa renda da família, analfabetismo e baixa escolaridade da mãe. Com relação às variáveis reprodutivas e socioambientais, mostrou-se baixo peso ao nascer, prematuridade e ausência de aleitamento materno ou aleitamento materno com desmame precoce. As crianças que apresentaram internações no 1º ano de vida e apresentavam baixo peso e baixa estatura, se mostraram mais vulneráveis ao atraso do seu desenvolvimento psicomotor (HALPERN *et al.* 2002).

Tais resultados mostram que as crianças que convivem com a situação de pobreza, que nasceram de mães com intervalo muito curto entre os partos e que são carentes de apoio paterno nos cuidados com os filhos, estão vulneráveis a situações que podem trazer implicações negativas para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial (PILZ; SCHERMANN, 2007).

A saúde expressa as condições de inserção dos indivíduos no sistema produtivo das sociedades, de habitação, do acesso dos cidadãos à cultura, esporte, lazer e educação, como também da assistência no âmbito biológico. Sendo assim, estudar o desenvolvimento infantil demanda conhecer as situações relacionadas ao seu contexto (PILZ; SCHERMANN, 2007).

2.4 MATRIZ ANALÍTICA DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.

Com base nessas dificuldades, entende-se que a vulnerabilidade de uma criança em sofrer prejuízos em seu desenvolvimento está relacionada a situações adversas que são provenientes de diversas dimensões (CHIESA, 2005; MAZZA, 2007; MUSTARD, 2009a).

De forma didática, visando contribuir conceitualmente para o conhecimento do fenômeno da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, propõe-se uma matriz analítica, por meio do agrupamento das dimensões:individual - composta de aspectos biológicos, comportamentais e afetivos; social - composta de aspectos contextuais, socioeconômicos e socialmente relacionados e a programática - que expressa o modo e o sentido em que as políticas, programas, serviços e ações, interferem sobre a situação da saúde da criança (AYRES, 2009; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2011). Esses componentes, são sintetizados na figura 1, a seguir:

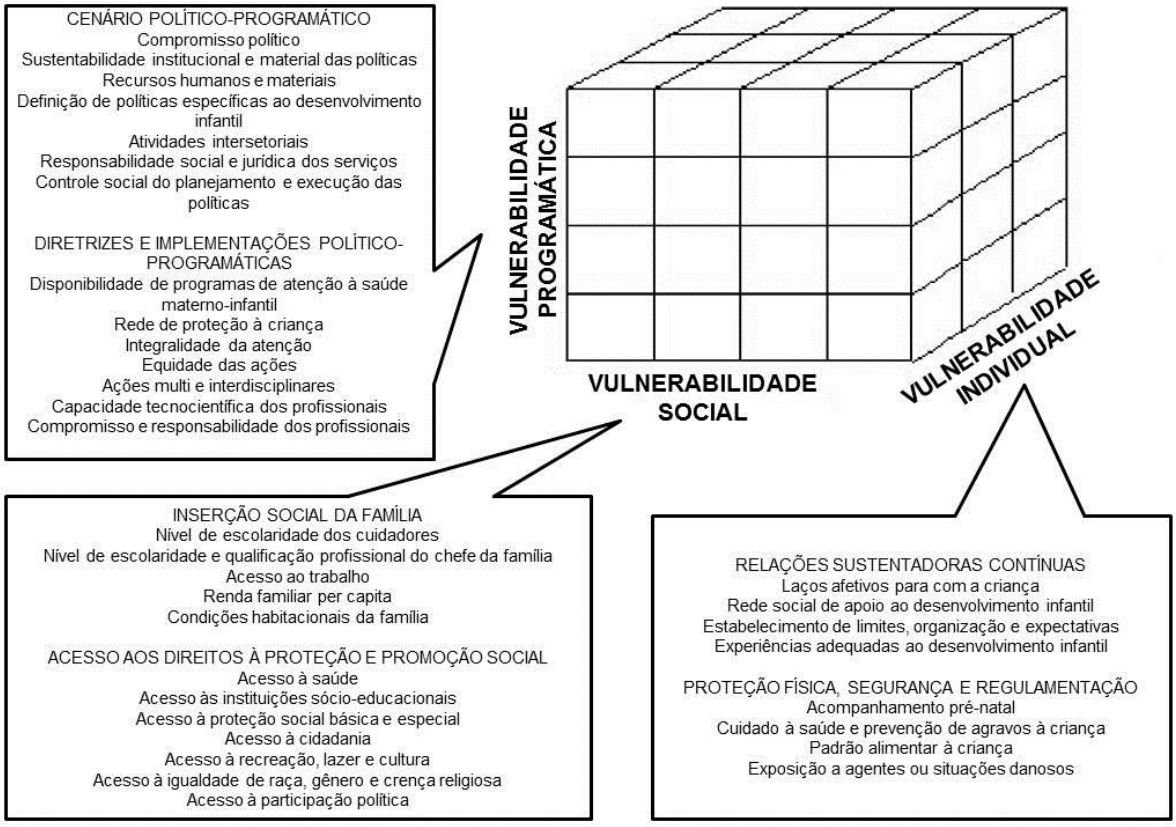


FIGURA 1 – SÍNTESE DAS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA. FONTE: ADAPTADO DE AYRES, PAIVA E FRANÇA JR. (2011)

Com base na síntese apresentada na figura 1, buscou-se sustentar teoricamente os elementos descritos para a análise da vulnerabilidade apresentada.

Entende-se que na dimensão individual, a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento, se ocorrer ausência ou insuficiência na(s):

a) ***Relações Sustentadoras Contínuas***, as quais repercutem para o conhecimento da criança quanto à importância da vida em sociedade e da cultura à qual pertence, podem inibir o desenvolvimento do sistema nervoso

central, alterando seu processo de aprendizagem e sua capacidade de relacionar-se. Tais relacionamentos permitem à criança aprender a conviver socialmente, desenvolver empatia pelo próximo em sua individualidade e almejar o alcance de coisas que são importantes para si (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Está relacionada a:

- ***Laços afetivos para com a criança***, se esta possui cuidadores fixos, se estes possuem atitudes de proteção para com ela, por meio de conversas, brincadeiras, toque de carinho, o que pode refletir na sua segurança emocional (BRAZELTON; GREESPAN, 2002; GRIPPO; FRACOLLI, 2008);

- **Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil**, composta por familiares, amigos, instituições não governamentais, projetos comunitários e instituições religiosas, que contribuem com a família para atender às necessidades da criança (ALEXANDRE *et al.*, 2012);

- **Estabelecimento de limites, organização e expectativas**, refere-se ao estabelecimento de limites à criança, se há demonstração de interesse pelas atividades cotidianas da criança; e se esta é incentivada a participar nas atividades domésticas de acordo com a sua idade e capacidade (BRAZELTON; GREESPAN, 2002);

- **Experiências adequadas ao desenvolvimento infantil**, que estão relacionadas aos estímulos recebidos pela criança desde o útero e durante os primeiros anos de vida, caracterizados pelo incentivo de brincadeiras de acordo com a idade e à promoção de períodos de recreação para a criança (BRAZELTON; GREESPAN, 2002; GRIPPO; FRACOLLI, 2008). Considerando que o cérebro é formado por experiências de vida, os estímulos sensoriais (toque, som, visão, olfato, alimentos, entre outros) estes afetarão o desenvolvimento do cérebro e suas funções durante toda a vida do ser humano (CHIESA, 2005; MUSTARD, 2009b);

b) ***Proteção Física, Segurança e Regulamentação,*** que pode colocar em perigo a sobrevivência e o desenvolvimento infantil, devido à não garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica da criança (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Para que seu desenvolvimento seja pleno, as crianças precisam de proteção física, de cuidados e ambientes seguros que possam garantir um desenvolvimento saudável desde o nascimento, perpassando a infância e alcançando a adolescência

(BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Em muitos países do mundo, devido à presença de guerras, fome, pobreza e escassez de recursos de saúde, muitas crianças não têm essa proteção garantida (KARLSEN *et al.,* 2011; WU *et al*., 2011). Está relacionada a:

- **Acompanhamento pré-natal**, no qual a falta do vínculo e o não comparecimento da mulher aos serviços de saúde para sua participação no processo pré-natal, podem incorrer em prejuízos ao feto, e consequentemente à futura criança (DOMINGUES *et al.,* 2012);

- **Cuidado à saúde e prevenção de agravos à criança**, quanto ao comparecimento desta às consultas, vacinação, assim como a capacidade dos cuidadores em reconhecer sinais de perigo como tosse, febre, diarreia, dificuldade respiratória, entre outras. Aludindo aos cuidados higiênicos à criança e a prevenção de acidentes (GRIPPO; FRACOLLI, 2008);

- **Qualidade alimentar à criança**, que se refere na oferta inadequada de alimentos para a criança em conformidade com a sua idade e aos horários adequados (GRIPPO; FRACOLLI, 2008);

- **Exposição a agentes ou situações danosos**, caracterizada pelas dificuldades na provisão de locais seguros para a criança, onde essa permaneça longe da influência da violência, prostituição infantil, álcool, drogas, tabaco e contaminações ambientais (BRAZELTON; GREESPAN, 2002; GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

Na dimensão social, a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento, se ocorrer insuficiência ou iniquidades na(o):

c) ***Inserção Social da Família***, caracterizada por suas condições socioeconômicas e educacionais que refletem diretamente no desenvolvimento infantil, assim como em sua autonomia e capacidade decisória (MAZZA, 2007; CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008). A posição da família na produção e reprodução social influencia as condições de desenvolvimento de uma criança, sendo estas situações determinadas pelo desemprego, renda, escolaridade e condições habitacionais, que podem também aumentar sua vulnerabilidade para estar doente (CHIESA, 2005, PILZ; SCHERMANN, 2007; MAZZA, 2007; CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008; MUSTARD, 2008). Concordando com Veríssimo (2002), que afirma que o cuidado à criança é determinado pelas condições de vida

e de trabalho das famílias. Sendo que os direitos e necessidades das crianças não são atendidos equanimemente, se considerados seu meio e classe social de origem. Está relacionada ao:

- **Nível de escolaridade dos cuidadores** que influencia no processo de cuidar da criança, pois facilita a compreensão deste e das informações necessárias à saúde da criança (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008);
- **Nível de escolaridade e qualificação profissional do chefe da família**, pois a escolarização influencia a qualificação profissional, e sua consequente inserção no mercado de trabalho (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008);
- **Acesso ao trabalho**, representa a dificuldade que os membros da família têm de utilizar sua capacidade de produção, sendo este elemento composto de disponibilidade de trabalho, qualidade do posto de trabalho e pela remuneração recebida pela família. Havendo influência deste na qualidade de vida das crianças e seus familiares (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003);
- **Renda familiar *per capita***, que é um recurso fundamental para a família, pois a maioria das necessidades básicas pode ser suprida com acesso a bens e serviços adquiridos no mercado. Está relacionado com a independência para o seu sustento, a forma como produz seus rendimentos, e a dependência de transferências de outras famílias ou do governo, assim como tem o acesso a bens duráveis: fogão, geladeira, televisão ou rádio, entre outros (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003);
- **Condições habitacionais da família**, que representam uma das dimensões das condições de vida de uma família, que se relaciona com as condições de saúde. Estão agregadas com a situação de propriedade do imóvel em que a família habita; a densidade de moradores por unidade habitacional; a qualidade do material que a casa está construída; o acesso adequado da família à água, saneamento básico, coleta de lixo e eletricidade (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003; CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

d) ***Acesso aos Direitos à Proteção e Promoção Social***, que representa o acesso a recursos que auxiliarão a tomadas de decisões, ao enfrentamento de barreiras socioculturais e a condições de cuidar de sua saúde (AYRES;

PAIVA; FRANÇA JR, 2011). Esse recursos podem influenciar no cuidado, educação e proteção das famílias em relação ao desenvolvimento da criança (MUSTARD, 2008; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2011; ALEXANDRE *et al*., 2012). A dificuldade do acesso das famílias a recursos influenciam sua tomada de decisões, suas possibilidades de enfrentar barreiras socioculturais e de possuir condições de cuidar de sua saúde e de suas crianças. O acesso das famílias a recursos materiais, educacionais e outros, pode influir no bem-estar, no cuidado, na proteção e no estímulo ao desenvolvimento das crianças (MAZZA, 2007; MUSTARD, 2009a). Está relacionada à falta ou impedimentos no:

- **Acesso à saúde**, que reflete as condições da família na obtenção as às ações e serviços de saúde, que devem ser transversais, integrais, e garantidos em todos os níveis de atenção, sendo considerado um direito universal de todos os cidadãos (CHIESA, 2005; MAZZA, 2007; DIDONET, 2010);
- **Acesso às instituições socioeducacionais**, como creche, intituições de apoio socioeducativo e educação fundamental, que auxiliam na proteção contra o trabalho precoce, violência e uso de drogas, e no estímulo ao seu desenvolvimento neurobiológico no início de sua vida, o que influenciará sua saúde e alfabetização (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008; MUSTARD, 2009a; DIDONET, 2010);
- **Acesso à proteção social básica e especial**, como serviços de assistência social que têm como foco de ação, as famílias que vivem em situação de pobreza e miséria e o incremento de ações de empoderamento e desenvolvimento social (DIDONET, 2010);
- **Acesso à cidadania**, relacionado ao direito da criança de ser registrada ao nascer; pois este lhe propicia a identidade e o seu vínculo familiar, estabelecendo sua relação com o Estado, condição essencial para a existência do indivíduo-cidadão (DIDONET, 2010);
- **Acesso à recreação, lazer e cultura**, que se relaciona ao direito ao descanso e lazer, às atividades esportivas e de recreação apropriadas à sua idade e à participação livre na vida cultural e artística. Essas práticas promoverão o seu desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e de valores culturais, assim como socialização e convívio familiar (BRAZELTON;

GREESPAN, 2002; DIDONET, 2010);

- **Acesso à igualdade de raça, gênero e crença religiosa**, que está relacionado ao direito assegurado ao respeito à sua personalidade, ao seu projeto individual de existência, e à valorização de seus saberes, culturas e crenças (DIDONET, 2010);

- **Acesso à participação política**, que refere-se ao envolvimento dos cidadãos na controle da formulação e execução das políticas, que podem produzir maior resposta social, pelo desenvolvimento de sua autonomia e empoderamento (CHIESA, 2005).

Na dimensão programática a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento infantil, se ocorrerem falhas ou descumprimentos nas políticas públicas e programas de atenção à criança no(as):

e) ***Cenário Político-Programático***, que pode ser definido como o compromisso político dos governos em estabelecer programas, de proteção e promoção do bem-estar infantil que podem contribuir para diminuir as mortes infantis e dirimir as desigualdades que determinam os prejuízos em seu desenvolvimento. Está relacionado com o grau de investimentos que o Estado disponibiliza para o financiamento das ações de atendimento infantil (DIPIETRO, 2000; FIGUEIREDO; MELLO, 2007; MUSTARD, 2008; MUSTARD, 2009a; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2011). Está relacionado a:

- **Compromisso político**, que se refere ao estabelecimento de pactuações e compromissos governamentais em promover o desenvolvimento da primeira infância, por meio de políticas educacionais, sociais e de saúde (MUSTARD, 2009a);

- **Sustentabilidade institucional e material das políticas,** está ligada ao planejamento e avaliação do cumprimento dessas e sua garantia orçamentária e legal, relacionando-se à descontinuidade, falta de apoio político e aplicação em longo prazo das políticas destinadas à promoção do desenvolvimento infantil (MENDONÇA, 2002);

- **Recursos humanos e materiais**, que se refere às condições disponibilizadas pelo poder público na operacionalização das políticas, com relação ao número de profissionais para o atendimento, estrutura física dos estabelecimentos, conservação de materiais e equipamentos para o atendimento às crianças (GUPTA et al., 2011);

- **Definição de políticas específicas ao desenvolvimento infantil**, pelas quais os governos devem estabelecer programas que apoiem a primeira infância e auxiliem as famílias no cuidado às crianças (MUSTARD, 2009a, MENDONÇA, 2002);

- **Atividades intersetoriais**, pois devido à complexidade do desenvolvimento infantil, todas as políticas para o seu fomento devem estar articuladas entre todos os setores da sociedade (CHIESA, 2005);

- **Responsabilidade social e jurídica dos serviços**, pois os serviços de proteção e atenção à criança devem se corresponsabilizar pelo bem estar infantil e pelo seu desenvolvimento (CHIESA, 2005);

- **Controle social do planejamento e execução das políticas,** que se refere à participação ativa do segmento dos usuários, por meio da atuação dos conselhos gestores, como protagonistas do processo de fiscalização, monitoramento e deliberação das políticas públicas para o desenvolvimento infantil, pois é imprescídível para a sua consolidação (CHIESA, 2005; DIDONET, 2010).

f) ***Diretrizes e Implementações Político-Programáticas***, que constituem a forma que os serviços de atenção à criança desenvolvem seu processo de trabalho e o seu modelo assistencial no provimento de suas necessidades (CHIESA, 2005; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR, 2011). Trata-se da implementação de estratégias estruturantes nos sistemas de saúde, que visam a reorientar o modelo de atenção à saúde e firmar uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (ESCOREL *et al.*, 2007). As diretrizes políticas, conformadas em programas de saúde, despertam questões importantes sobre necessidades de saúde, vulnerabilidades, cidadania e direitos humanos (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). Podem ser expressas por:

- **Disponibilidade de programas de atenção à saúde materno-infantil**, que se refere à adequada oferta dos serviços de atenção à mulher e à criança por parte do poder público, pois o processo de gestação e nascimento e parto são essenciais para o desenvolvimento infantil saudáveis, assim como um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento da criança (DIDONET, 2010; DOMINGUES *et al.,* 2012);

- **Rede de proteção à criança**, que se refere a um sistema integrado de

órgãos governamentais que trabalham em conjunto e buscam a proteção integral da criança contra a violência, o uso de álcool e drogas, trabalho e prostituição infantil, entre outras violações de seus direitos (DIDONET, 2010; MENDONÇA, 2002);

- **Integralidade da atenção**, que demonstra a capacidade de os serviços permitirem o acesso de seus usuários aos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, a fim de alcançar a resolubilidade dos problemas expressos (CHIESA, 2005);

- **Equidade das ações**, que reflete a organização dos serviços de atenção à criança e suas equipes no reconhecimento das distintas necessidades dos usuários a serem atendidas (CHIESA, 2005);

- **Ações multi e interdisciplinares**, que se refere à organização do processo de trabalho das equipes com base, não somente no conhecimento biomédico, mas em ações oriundas de diversas áreas do saber, que indicam as competências e responsabilidades definidas a cada membro da equipe (CHIESA, 2005);

- **Capacidade tecnocientífica dos profissionais**, considerando que para haver atendimento eficaz e resolutivo às famílias e suas crianças, o Estado deve desenvolver adequadas políticas de capacitação e educação permanente, atuar para a melhor qualificação de sua mão de obra e garantir salários equânimes aos trabalhadores (TRAD; ROCHA, 2011);

- **Compromisso e responsabilidade dos profissionais**, que remete ao desenvolvimento de vínculos e relações de confiança com a população adscrita, assim como o estabelecimento de pactuações que visem a melhorar os níveis epidemiológicos e consequentemente a qualidade de vida da comunidade atendida. Tais comprometimentos são indispensáveis no contexto da atenção e proteção à criança, a fim de se obter seu sucesso prático (CHIESA, 2005; PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Considera-se que a oganização de elementos que compõem a vulnerabilidade da criança pode contribuir para a apreensão das situações adversas para o desenvolvimento infantil e auxiliar na compreensão da amplitude das possibilidades para a elaboração de propostas de intervenções mais específicas e direcionadas às reais necessidade das crianças (NICHIATA; BERTOLOZZI;

TAKAHASHI, 2008; PEDROSO; MOTA, 2010a).

A vulnerabilidade no desenvolvimento da criança é complexa e determinada por elementos multidimensionais, portanto mostra-se necessário que as intervenções para sua superação sejam de cunho múlti e interdisciplinar e aplicadas com diferentes aportes teórico-metodológicos (CHIESA, 2005, NICHIATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI, 2008). Pois, ao reconhecer as vulnerabilidades das crianças em seu desenvolvimento, as equipes de saúde poderão apreender o seu processo saúde-doença e estimular as transformações nas práticas de saúde, como práticas sociais, históricas e intersetoriais (PEDROSO; MOTA, 2010a).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa. Os estudos exploratórios são conceituados como investigações empíricas que objetivam formular questões ou problemas com o propósito de aproximar o pesquisador do ambiente, fato ou fenômeno, visando preparar condições para o desenvolvimento de futuras pesquisas de maior exatidão, assim como alterar e esclarecer conceitos (LAKATOS; MARCONI, 2010). Geralmente, são realizados em áreas e sobre fenômenos, dos quais se tem pouco ou nenhum conhecimento acumulado e processado (TOBAR; YALOUR, 2001).

A pesquisa qualitativa se propõe mais a descobrir e expor fenômenos do que explicá-los e prognosticá-los; ocupando-se mais com os significados do que com a frequência dos fatos e aplicando mais procedimentos indutivos do que dedutivos (TOBAR; YALOUR, 2001). E busca compreender, em níveis aprofundados, tudo o que se refere ao ser humano, enquanto individualmente ou a um grupo ou sociedade, exigindo descrições e análises subjetivas da experiência (TOBAR; YALOUR, 2001).

Optou-se pelo método exploratório qualitativo, pois a compreensão da vulnerabilidade segundo o enfermeiro pode permitir o aperfeiçoamento das práticas assistenciais de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil, o fortalecimento da assistência de enfermagem frente às situações de vulnerabilidade, assim como corroborar para a realização de novos estudos no futuro.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

3.2.1 Descrição geral do Município de Curitiba

A pesquisa foi desenvolvida em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, em Curitiba, que é a capital do Estado do Paraná, e possui atualmente

1.746.896 habitantes segundo o Censo 2010 (IBGE, 2010).

O Município possui características de um centro industrial com a predominância da indústria de transformação e setor de serviços, sendo sua população economicamente ativa na faixa dos 828.717 habitantes (IPARDES, 2012). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), a renda média da população economicamente ativa em Curitiba é de R$ 1.126,00, sendo a renda dos homens (R$ 1.311,00) maior do que a das mulheres (R$ 900,00) (CURITIBA, 2010).

A extensão territorial da cidade é de 435,495 km^2 divididos em 9 regiões administrativas de saúde (Regionais) – definidas como distritos sanitários (DS) (descritos na Figura 3), onde estão distribuídos os equipamentos de saúde - 8 Centros Municipais de Urgências Médicas, 115 Unidades Básicas de Saúde, sendo 49 com a Estratégia Saúde da Família e 100 com Clínica Odontológica, 10 Centros de Especialidades, 7 Centros de Atenção Psicossocial, 1 Hospital Municipal, 1 Laboratório Municipal, 2 Centros de Especialidades Odontológicas e 1 Laboratório de Prótese Dentária (CNES, 2011).

A gestão municipal, no ano de 2009, gastou 16,29 % do orçamento municipal com ações de saúde conforme a proposta orçamentária. Cerca de 56% dos gastos em saúde do Município são com ações de Atenção Hospitalar e ambulatorial, havendo o investimento de 40 % em Atenção Primária à Saúde e de 4% em outras ações como Vigilância Sanitária e Epidemiológica (CURITIBA, 2010).

Descrevendo o Município, de acordo com seu perfil epidemiológico, nota-se que a taxa de natalidade em Curitiba, em 2008, foi de 13,98 nascidos vivos por mil habitantes. Havendo declínio da taxa de fecundidade, passando de 1,96 filho por mulher em 2000, para 1,46 em 2006, sendo esta redução maior na faixa etária de mulher entre 15 e 29 anos (CURITIBA, 2010).

Diante desta realidade, a tabela 1 mostra que tem havido queda na proporção de gestantes adolescentes e da proporção de mães com mais de 3 filhos, melhora na escolaridade materna, redução na proporção de mães com menos de 4 consultas no pré-natal; permanecendo ainda a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (CURITIBA, 2010).

Entre os nascidos vivos, nota-se que o percentual de bebês com baixo peso ao nascer apresentou tendência de elevação desde 1993 até 2003 (maior taxa registrada 9,78% em 2003), havendo diminuição nos biênios seguintes para o índice

em torno de 9% e mantendo uma estabilidade deste indicador nos últimos 7 anos (2005-2011), (CURITIBA, 2011).

Na análise conforme os Distritos Sanitários, a tabela 2 demonstra que existem diferenças nos perfis dos nascidos vivos na cidade de Curitiba, havendo a maior proporção de gestantes adolescentes, de baixa escolaridade e com mais de 2 filhos nos DS Pinheirinho, Cajuru, CIC e Bairro Novo.

TABELA 1 – SÉRIE HISTÓRICA DO PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O PERFIL MATERNO E NEONATAL.

ANO	PESO < 2500G	IDADE MÃE < 20 ANOS	INTRUÇÃO < 1º GRAU	FILHOS VIVOS > 2	PREMATURIDADE	CONSULTAS < 4
1997	8,7	19,8	45,1	9,7	*	*
1998	8,7	19,8	44,0	9,6	5,3	*
1999	8,3	19,4	44,0	10,1	5,1	*
2000	8,7	18,9	39,5	9,7	5,9	4,0
2001	9,3	18,8	37,3	10,1	6,2	3,5
2002	9,2	17,1	34,8	9,6	6,4	3,1
2003	9,8	16,1	31,2	9,0	7,2	3,1
2004	9,6	16,1	28,4	8,4	6,8	3,0
2005	9,2	16,2	26,4	7,7	6,2	2,8
2006	8,9	15,7	22,1	7,0	6,8	2,7
2007	9,0	15,6	22,6	6,5	7,1	2,8
2008	9,1	14,6	20,2	6,6	7,3	2,6

FONTE: CURITIBA, 2010* Período sem informação

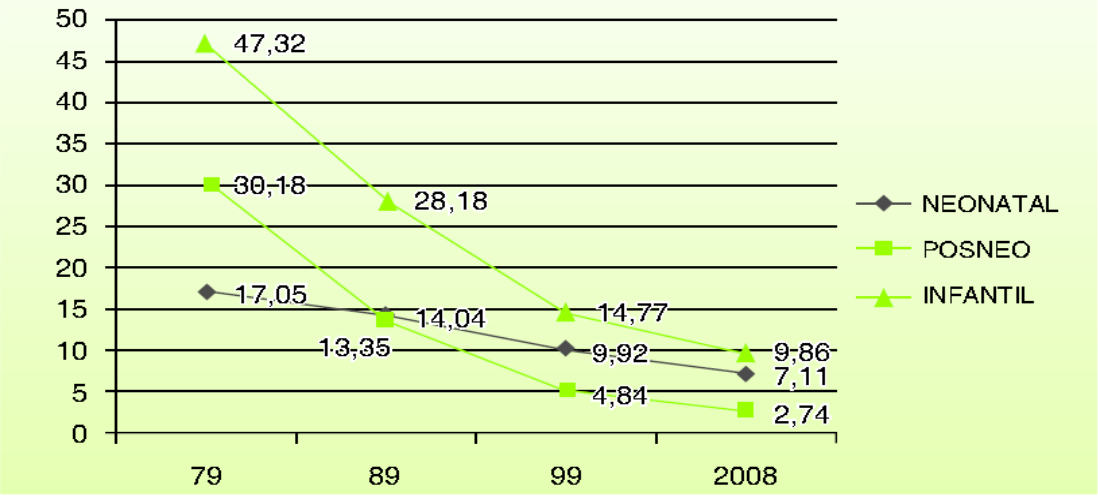
TABELA 2– NASCIDOS VIVOS SEGUNDO O CRITÉRIO DE RISCODEACORDO COM OS DISTRITOS SANITÁRIOS NO ANO DE 2010.

DISTRITO SANITÁRIO	TOTAL NV		RISCO		PESO < 2500		GEST.<37 SEM.		ESCOL.< 1ºGRAU		IDADE < 20		FILHOS VIVOS > 02		FILHOS MORTOS> 00	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
001 SANTA FELICIDADE	2326	9,2	427	18,4	203	9,4	155	6,7	318	13,7	212	9,1	104	4,5	76	3,3
002 BOA VISTA	3594	14,2	782	33,6	313	9,3	271	11,7	601	16,7	410	17,6	225	9,7	189	8,1
003 BOQUEIRÃO	3049	12,0	676	29,1	254	8,3	206	8,9	521	17,1	409	17,6	191	8,2	157	6,7
004 PORTÃO	2911	11,5	608	26,1	278	9,2	228	9,8	465	16,0	368	15,8	176	7,6	186	8,0
005 PINHEIRINHO	2869	11,3	707	30,4	269	9,5	216	9,3	737	25,7	544	23,4	239	10,3	186	8,0
006 CAJURU	3120	12,3	785	33,7	293	9,4	199	8,6	682	21,9	530	22,8	204	8,8	157	6,7
007 MATRIZ	2095	8,3	328	14,1	193	9,0	173	7,4	194	9,3	132	5,7	73	3,1	118	5,1
008 BAIRRO NOVO	2470	9,7	599	25,8	192	8,0	149	6,4	566	22,9	482	20,7	160	6,9	86	3,7
009 CIC	2914	11,5	696	29,9	260	9,4	210	9,0	644	22,1	479	20,6	215	9,2	202	8,7
TOTAL	**25348**	**100**	**5608**	**22,1**	**2255**	**9,1**	**1807**	**7,1**	**4728**	**18,7**	**3566**	**14,1**	**1587**	**6,3**	**1357**	**5,4**

FONTE: CURITIBA, 2010

Em relação à mortalidade materna, em Curitiba, este coeficiente tem-se mantido estável, tendo a razão de mortalidade maternacaído de 71,1 por 100.000 nascidos vivos, em 1999, para 43,4 mortes,em 2008. As principais causas de óbitos maternos tem sido: doença hipertensiva específica da gravidez- DEHG, hemorragias, doenças hepáticas, abortamento, infecção puerperal e trombose venosa profunda (CURITIBA, 2010).

O coeficiente de mortalidade infantil apresentou queda de 79%, passando de 47,32/1000 nascidos vivos, em 1979, para 9,86/1000 nascidos vivos em 2008, havendo queda mais acentuada na mortalidade pós-neonatal (91,1%) e na neonatal (58,2%), conforme demonstra a figura 2.



Fonte: SMS/CE - SIM/SINASC 2008* dados preliminares

FIGURA 2 – SÉRIE HISTÓRICA DO COEFICIENTE DE MORTALIDADE EM CURITIBA-PR. FONTE: CURITIBA, 2010

O coeficiente de mortalidade infantil, se analisado de acordo com os distritos sanitários, demonstra tendência de queda em todos. Os distritos Pinheirinho, Boqueirão, Cajuru e CIC possuem os maiores coeficientes de mortalidade infantil, se comparados com o índice municipal, conforme a tabela 3, a seguir.

Avaliando as causas dos óbitos infantis, observa-se que houve redução significativa da mortalidade nos grupos das doenças do aparelho respiratório (85,1%), doenças infecciosas e parasitárias (95,8%), e das afecções do período perinatal (41,2 %) e no grupo das causas externas (62,5%), havendo, entretanto, estabilidade do grupo de malformações congênitas (CURITIBA, 2008).

Na análise conforme os distritos sanitários, nota-se, que os DS Boqueirão, Pinheirinho, Cajuru e CIC, que possuem os maiores coeficientes de mortalidade infantil, apresentam maior prevalência das afecções do período perinatal, malformações congênitas e anomalias, doenças respiratórias e causas externas (CURITIBA, 2008).

TABELA 3– COEFICIENTES DE ÓBITOS INFANTIS POR DISTRITO SANITÁRIO, CURITIBA– 1996-2008.

DISTRITOS SANITÁRIOS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SantaFelicidade	18,83	13,83	15,40	14,57	14,32	10,36	9,71	9,71	10,69	9,06	10,52	8,41	7,35
BoaVista	17,04	16,42	16,13	15,91	16,00	13,01	13,22	13,22	9,85	7,81	9,96	10,68	8,25
Boqueirão	19,90	16,18	17,75	14,81	13,06	13,72	13,05	13,05	9,48	12,14	6,96	10,32	11,96
Portão	16,47	14,13	16,24	15,26	12,96	11,64	12,66	12,66	11,72	11,67	8,39	7,50	7,78
Pinheirinho	18,29	22,95	22,11	16,22	14,78	12,99	10,62	10,62	13,30	19,03	12,16	11,90	12,92
Cajuru	20,41	14,87	14,59	14,93	17,81	16,49	11,06	11,06	13,60	11,94	9,30	15,36	11,31
Matriz	16,09	17,32	11,14	12,05	12,89	14,59	9,49	9,49	8,58	8,07	10,06	7,78	8,22
BairroNovo**	-	12,28	18,59	12,78	16,54	17,34	13,11	13,11	10,93	15,28	16,70	11,21	9,27
CIC***	-	-	-	-	-	-				12,19	10,65	10,53	11,08
Total	18,05	15,96	16,64	14,73	14,71	13,58	11,79	11,79	11,23	11,94	10,32	10,51	9,86

FONTE: CURITIBA, 2008
**Coeficiente por 1.000 nascidos vivos.*
***O DS Bairro Novo foi criado em 1997 a partir do desmembramento do DS Pinheirinho.*
****O Distrito CIC foi criado em 2005 absorvendo áreas dos DS Santa Felicidade, Portão e Pinheirinho. Neste momento também houveram mudanças de áreas entre os DS Pinheirinho e Bairro Novo.*

Considerando o estado nutricional nas crianças atendidas na rede municipal de saúde em Curitiba-PR, entre os menores de 5 anos, observou-se queda progressiva das taxas de baixo peso (4,63% em 2001 para 4,37% em 2011) e de baixa estatura para a idade (9,64% em 2001 para 8,37% em 2011), ao mesmo tempo em que houve elevação da taxa de peso elevado para a idade (3,01%, em 2011, para 3,99%, em 2011) (CURITIBA, 2011).

Em relação ao perfil aleitamento materno em crianças menores de 2 anos mostra-se um aumento da sua prevalência entre 2002-2006 (22%) e 1996-1998 (15%), quando comparado ao período anterior, porém em relação aos menores de 6 meses de idade, há uma manutenção do mesmo perfil em 2010 (95% ao nascer e 65% com 6 meses) (CURITIBA, 2011).

Em relação às políticas de atenção à criança, a Prefeitura Municipal de Curitiba tem desenvolvido programas visando à proteção integral e a promoção da saúde da criança e de sua família, entre estas destaca-se:

a) **Programa Mãe Curitibana,** que busca melhorar a qualidade do pré-natal,

aumentando a qualidade e segurança do atendimento às gestantes e às crianças na rede municipal de saúde, garantindo à gestante a realização de todos os exames de pré-natal, assim como conhecer a maternidade onde será realizado o seu parto (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

b) **Programa Nascer em Curitiba**, que objetiva monitorar as crianças com risco ao nascer e risco evolutivo, focando as ações como atendimento prioritário nas Unidades Básicas de Saúde e visitas domiciliares, nas quais a equipe pode orientar a família quanto aos cuidados, vacinas e aleitamento materno (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

c) **Programa de Combate às Carências Nutricionais**, que por meio de uma sistema informatizado, busca coletar, processar e analisar continuamente os dados de recém-nascidos, crianças menores de 5 anos, escolares, gestantes, adultos e idosos. Permite a caracterização de grupos de risco e subsidiar a formulação de políticas, programas e intervenções. É desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, escolas da rede pública de ensino e maternidades no Município (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

d) **Programa de Suplementação Nutricional**, que busca combater a desnutrição em crianças menores de 2 anos de idade, com a distribuição mensal de fórmula e leite enriquecido para 1.100 crianças usuárias de Rede Municipal de Saúde (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

e) **Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco,** composta por entidades dos diversos setores que atendem crianças, que objetiva reduzir o problema da violência infrafamiliar, intervir em situações geradoras de conflitos e maus tratos, oferecer atendimento às famílias, tanto para agressores quanto para agredidos e sobretudo, conhecer o problema e construir maneiras de enfrentamento (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

f) **Acolhimento Solidário**, que se refere à reorganização do processo de trabalho e à transformação das práticas dos profissionais de saúde pela abertura dos serviços de saúde para a demanda, pela humanizaçãodo atendimento e pela busca da satisfação do usuário (APOSTÓLICO *et al.*, 2007).

g) **Programa Bolsa Família**, originário do Governo Federal que objetiva garantir o sustento material de famílias carentes. As crianças são acompanhadas semestralmente nas unidades de saúde, devem ser frequentes na escola e

seus familiares são incentivados a participar de cursos formadores para geração de renda. Em Curitiba, os Liceus de Ofício são espaços para essas oficinas formadoras (CURITIBA, 2012).

h) **Programa Família Curitibana,** que busca atuar por meio de ações intersetoriais entre Assistência Social, Educação, Saúde, Segurança Alimentar e Nutricional, Meio Ambiente e Educação Ambiental, Habitação e Desenvolvimento Comunitário de órgãos públicos municipais e parceiros não governamentais. Tem o objetivo de intervir na realidade de 7.000 famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade social e promover emancipação e sustentabilidade (CURITIBA, 2012).

i) **Programas de proteção básica à família,** desenvolvidos pelos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), que promovem o cadastro das famílias em situação de vulnerabilidade social e buscam garantir a essas o acesso aos programas de transferência de renda e de desenvolvimento de sua autonomia (CURITIBA, 2012).

j) **Programas de proteção especial à família,** realizados pelos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), e de outras unidades de Proteção Social Especial, como o Centro de Resgate Social e o Centro de Convivência Criança Quer Futuro. Objetivam assegurar atendimento social de abordagem e busca ativa, identificar a ocorrência de trabalho infantil, exploração sexual de crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, e outras situações de risco e violações dos direitos (CURITIBA, 2012).

3.2.2 Critério de seleção das unidades de Saúde da Família

Foram escolhidas as Unidades de Saúde com ESF localizadas em distritos sanitários que apresentaram concomitantemente os resultados **de Indicadores de Inserção Social (IIS)** e de **Qualidade do Domicílio (IQD**) iguais ou inferiores à média do Município, segundo o estudo de Mazza (2007).

Os indicadores que foram considerados para escolha dos distritos sanitários foram: **IIS -** Fatores socioeconômicos: condição de ocupação do domicílio, renda do chefe da família, escolaridade do chefe da família e **IQD -** Fatores ambientais: acesso à água, destino do lixo, condições sanitárias e aglomeração por

domicílio(CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

No estudo de Mazza (2007),foram utilizados indicadores compostos que formam uma medida que integra diferentes aspectos socioeconômicos e de ambiente num indicador abreviado, para a análise das características dos grupos populacionais que vivem em certas áreas geográficas. Empregou cálculo estatístico para obtenção de média ponderada dos indicadores considerados a partir do resultado do Censo 2000.

Os valores médios dos indicadores de inserção social e de qualidade do domicílio para o Município foram: IIS-3,66 IQD-3,05. Os DS escolhidos conforme os critérios acima estabelecidos foram: Bairro Novo (IIS – 3,23 IQD – 2,98), Pinheirinho (IIS –3,30 IQD –2,96), CIC (IIS – 3,34 IQD –3,02), Boqueirão (IIS – 3,52 IQD –3,05) e Cajuru (IIS – 3,56 IQD –3,05) (MAZZA, 2007).

Utilizou-se esses indicadores (IIS e IQD) para seleção dos locais de coletas de dados pois o pesquisador tinha o interesse de compreender a vulnerabilidade na prática do enfermeiro da ESF, dentro da perspectiva das iniquidades sociais e em Saúde, pois as populações das regiões periféricas, possuem acesso reduzido a bens, consumo e serviços públicos (FLEURY, 2012).

Estava prevista a coleta de dados em todas as unidades de Saúde da Família, dos distritos sanitários supracitados, descritas na tabela 4, a seguir:

TABELA 4 – UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE (UMS) COM ESF EM CURITIBA-PR, SEGUNDO OS DS ESCOLHIDOS

DISTRITO SANITÁRIO	NÚMERO DE UMS COM ESF	UMSCOM ESF
BAIRRO NOVO	11	Bairro Novo, João Cândido, Nossa Senhora Aparecida, Osternack, Parigot de Souza, Sambaqui, Salvador Allende, São João Del Rey, Umbará, Umbará II, Xapinhal
PINHEIRINHO	9	Caximba, Dom Bosco, Maria Angélica, Moradias da Ordem, Moradias Santa Rita, Monteiro Lobato, Palmeiras, Pompeia, Rio Bonito
CIC	10	Augusta, Barigui, Caiuá, Cândido Portinari, Sabará, São José, Taiz Viviane Machado, Vila Sandra, Vila Verde, Vitória Régia
BOQUEIRÃO	6	Erico Veríssimo, Irmã Tereza Araújo, Jardim Paranaense, Moradias Belém, Vila Pantanal, Waldemar Monastier
CAJURU	7	Alvorada, Lotiguaçu, São Domingos, São Paulo, Trindade, Trindade II, Solitude
TOTAL	**43**	

FONTE: IPPUC, 2011

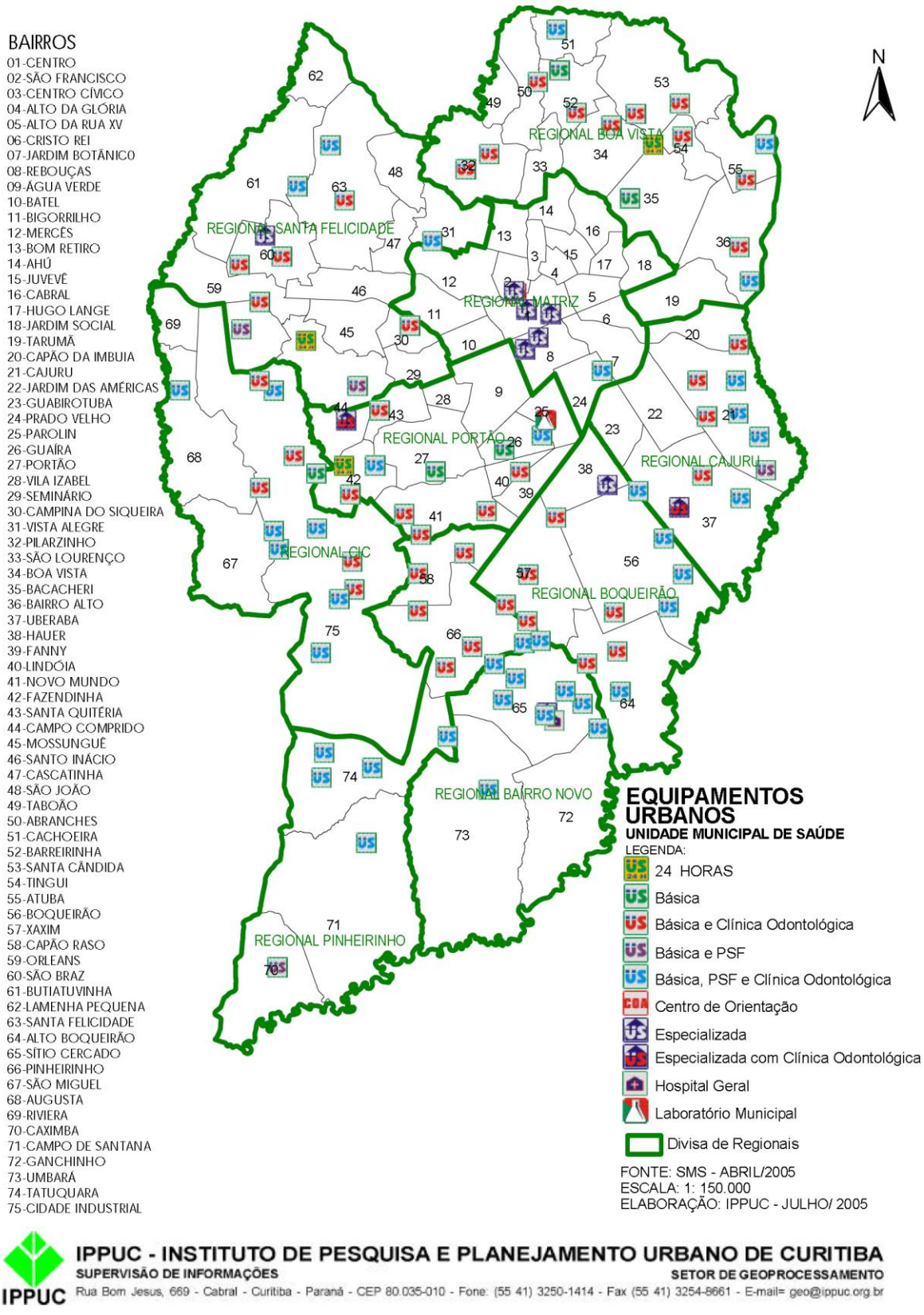


FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE NOS DISTRITOS SANITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. FONTE: IPPUC (2011).

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para o presente estudo, a amostra foi intencional. Neste tipo de amostra, o pesquisador possui interesse na opinião de determinados elementos da população, mas que não tenham representatividade da mesma (MARCONI; LAKATOS, 1990).

Optou-se por uma amostra intencional, pois se entende como relevante que sejam entrevistados profissionais de territórios de alto risco social e epidemiológico nos quais as condições de vida de sua população podem determinar a vulnerabilidade no desenvolvimento das crianças.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros que estavam lotados na área de maior risco social e epidemiológico das unidades municipais de saúde com ESF dos distritos sanitários com IIS e de IQD iguais e menores que a média do Município.

Nos distritos sanitários escolhidos, estavam lotados,na época da coleta dos dados,143 enfermeiros que atuavam nas unidades municipais de saúde com ESF (CNES, 2011). Neste universo de profissionais, previa-se realizar entrevistas com 43 sujeitos, um em cada unidade de ESF.

Como critérios de inclusão, foram considerados: lotação do profissional em equipe de Saúde da Família da área de maior risco social e epidemiológico da Unidade e dois anos completos de atuação na ESF. E como critérios de exclusão foram aplicados: não cumprir critérios acima descritos, estar de férias, licença médica ou afastamento por outro motivo; ou não concordar em participar da pesquisa.

Dos 43 sujeitos previstos para serem entrevistados, participaram 39. Dois sujeitos recusaram participar da pesquisa, uma unidade não possuía enfermeiro lotado na área de maior risco social e epidemiológico e outra unidade não dispunha de enfermeiros com mais de 2 anos de experiência na ESF.

Para recrutar os sujeitos da pesquisa, o pesquisador entrou em contato telefônico com a autoridade sanitária da unidade municipal de saúde, agendando uma visita no local. Na visita à Unidade foi apresentada a autorização do Comitê de Ética da UFPR e da Secretaria Municipal de Saúde, solicitando que a autoridade indicasse por meio do planejamento local de saúde a área de maior risco social e epidemiológico de sua unidade.

Após a anuência da autoridade sanitária, o pesquisador contatou o

enfermeiro selecionado, sendo que a entrevista foi realizada após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando os preceitos éticos.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob registro CEP/SD 1.170.095.11.06 e CAAE 0089.0.091.085-011, conforme Anexo 2, e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob registro 58/2011, conforme Anexo 1, onde foi realizada a pesquisa.

Visando preservar o sigilo, o anonimato, a independência e a liberdade do sujeito participante, este estudo obedece a todas as exigências da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). Para isso, antes das entrevistas, os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a sua entrevista ocorreu após a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (Apêndice 2).

Respeitou-se o compromisso ético com o sigilo, para resguardar identidades e informações confidenciais dos profissionais envolvidos. As entrevistas foram identificadas com a letra E, seguida do número arábico em ordem crescente. Por exemplo: E1 corresponde ao primeiro profissional entrevistado, E2 ao segundo, e, assim, sucessivamente até o fim. Segundo Guerriero (2006), o pesquisador social possui um grande desafio em manter em sigilo as informações, a que teve acesso durante a pesquisa.

Assim, foram respeitadas as manifestações e opiniões dos enfermeiros entrevistados. Ressalta-se que as transcrições das falas dos sujeitos, pelo meio de áudio, foram usadas somente para os fins acadêmicos de forma, a fim de que não ocorressem, salvo nas situações previstas na legislação brasileira, sanções ou prejuízos de qualquer espécie. Guerriero (2006) também reitera o respeito que o pesquisador deve manifestar respeito aos valores do grupo, o qual pesquisa, e não interferir nas opiniões dos sujeitos.

3.5 COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar a técnica de entrevista semiestruturada. Segundo Tobar e Yalour (2001 p.101), as entrevistas semiestruturadas “são baseadas no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas”, cuja ordem e redação podem conter variações em cada entrevista, podendo o pesquisador encontrar e seguir novos rumos com cada pessoa que entrevista, conforme o Apêndice 1.

Todavia, o guia de perguntas foi utilizado como um conjunto de instruções claras concernentes ao tema explorado, permitindo que o pesquisador e o entrevistado possuam liberdade de seguir novos rumos (TOBAR; YALOUR, 2001).

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para análise de dados foi utilizada a hermenêutica dialética, que tem sido definida como uma prática hermenêutica que busca interpretar de forma crítica e emancipadora os fatos humanos (AYRES, 1994), e como a compreensão e o sentido que advêm do passado, mediante certa visão de mundo, na perspectiva de propor a transformação, amparando-se de métodos analíticos dos fenômenos observados (MINAYO, 2004).

Segundo Minayo (1998), a hermenêutica dialética pressupõe a inexistência de consenso e de ponto de chegada ao processo do conhecimento; apreende que a ciência é construída em uma relação dinâmica entre a razão dos que a praticam e a experiência emergida na realidade concreta; e entende que os resultados de uma pesquisa no campo da saúde como esta proposta podem ser definidos por meio da aproximação da realidade social (MINAYO, 1998).

A hermenêutica dialética permite a análise das falas dos sujeitos em seu contexto para a melhor compreensão, possuindo como ponto inicial o interior da fala dos sujeitos e como ponto de chegada, o contexto histórico e a totalidade que produz a fala do sujeito (MINAYO, 1998).

De acordo com o pensamento hermenêutico crítico, o conhecimento humano e tecnocientífico em saúde necessitam ser reconciliados com o seu significado ético, moral e político, assim como ser resgatados criticamente em seu caráter histórico e social (AYRES, 2005). Este resgate deve propor uma reconstrução humanizadora das práticas de saúde nas quais os profissionais, serviços, programas e políticas de saúde se sensibilizem e respondam às necessidades de saúde de seus usuários (AYRES, 2007).

Buscou-se nesta pesquisa trazer esta contribuição para a Enfermagem por meio da compreensão da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

Para operacionalização da análise de dados proposta por Minayo (2004), foram cumpridas as seguintes etapas:

a) **Ordenação dos dados** que abrangeu todo o material de coleta de dados: as entrevistas. Nesta etapa foram realizadas: transcrição das gravações das entrevistas, releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem com o início da classificação (MINAYO, 2004).

b) Classificação dos dados. Nesta fase, o material coletado nas entrevistas foi classificado de acordo com o fundamento teórico dos pressupostos propostos pelo pesquisador e seguidas as seguintes etapas:
Leitura exaustiva e repetida dos textos que permitiu a apreensão das ideias centrais que permitem a construção de categorias empíricas por parte do investigador; organização de um *corpus*, que para tanto fez-se uma leitura transversal de cada corpo, recortando em termos de “unidade de registro” e referenciando como tópicos ou temas. As variáveis empíricas e teóricas podem ser utilizadas como critérios de classificação. Na primeira classificação, os dados ainda estão desordenados, devendo receber um esgotamento de classificação por temas mais relevantes que podem surgir para comprovação de proposições como material de exploração do campo (MINAYO, 2004).

c) Análise Final, na qual se realizou um processo de inflexão sobre o material empírico, como ponto de partida e de chegada, na qual o

> referencial teórico-conceitual é contínuo. Realizou-se um movimento constante do empírico para o teórico e reciprocamente, havendo um processo entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral. O resultado final da pesquisa foi o concreto, cujo entendimento jamais é contemplativo, pois abarcou o objeto, o sujeito do conhecimento e as próprias interrogações em um movimento que é total. Esta interpretação buscou superar a divisão entre objetivo *versus* subjetivo, exterior *versus* interior, análise e síntese, desvendando o momento de práxis do pesquisador como o produto final da pesquisa (MINAYO, 2004).

Com a interpretação das falas dos sujeitos, organizaram-se os dados em 13 categorias dispostas conforme as dimensões da vulnerabilidade, de acordo com a figura 4, a seguir:

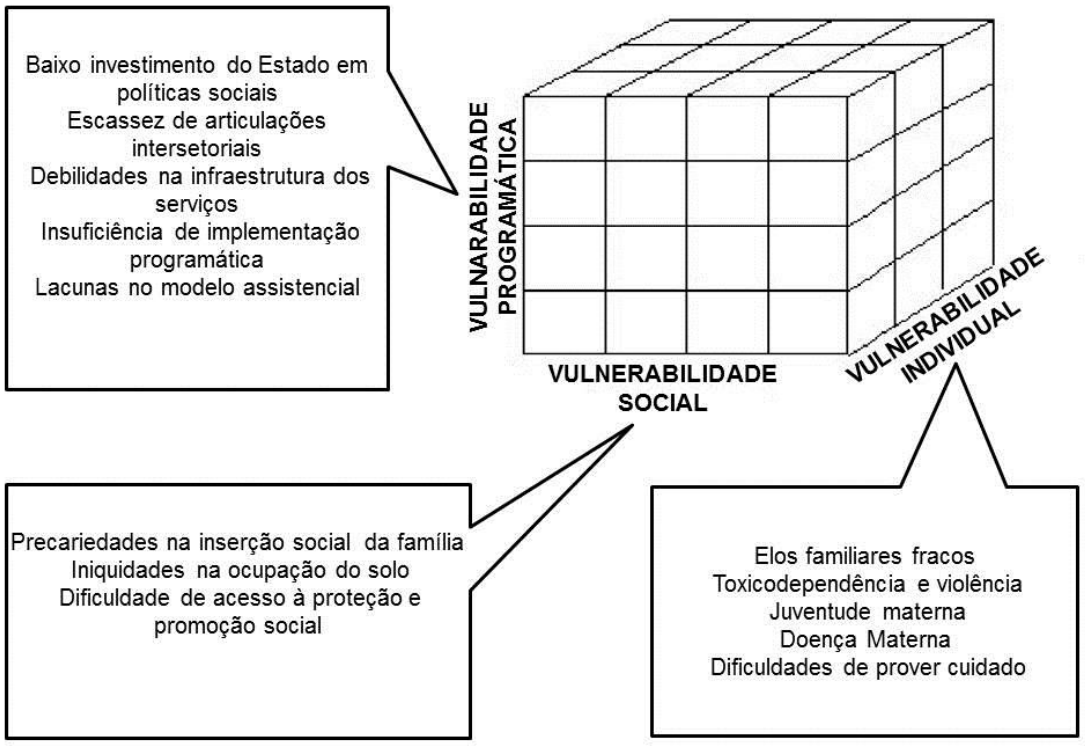


FIGURA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM AS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA
FONTE: O AUTOR. A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA FOI ADAPTADA DE AYRES, PAIVA E FRANÇA JÚNIOR (2011).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, que foram agrupados em categorias de acordo com as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade:

4.1 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Nesta dimensão, foram agrupadas as seguintes categorias, descritas na figura 5:

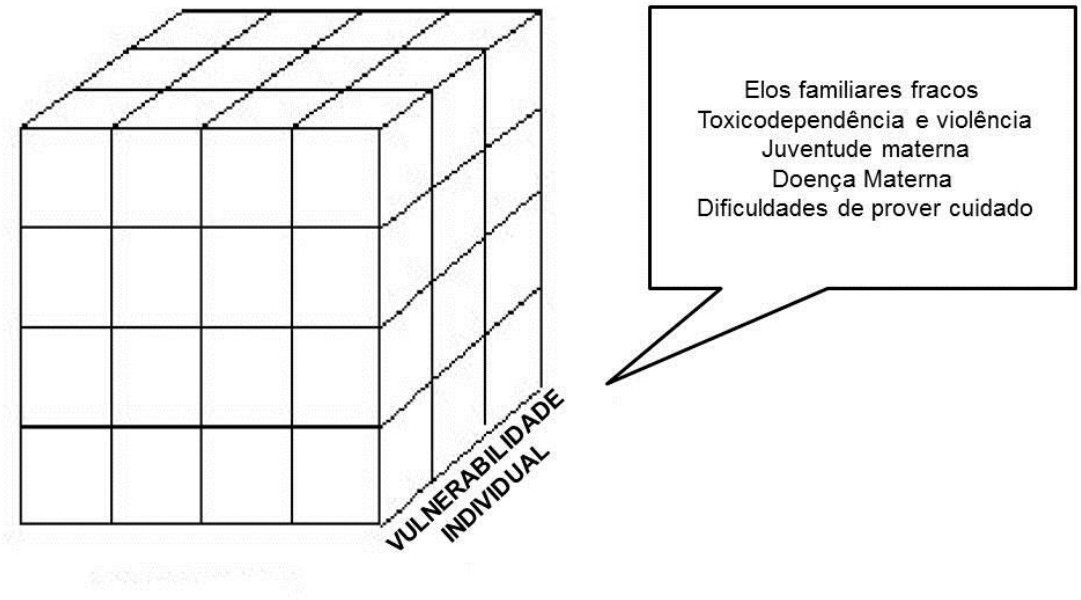


FIGURA 5 –CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO INDIVIDUAL DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA
FONTE: O AUTOR, 2012.A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA FOI ADAPTADA DE AYRES, PAIVA E FRANÇA JÚNIOR (2011).

4.1.1Elos familiares fracos

O enfermeiro menciona que os elos familiares fracos são caracterizados pela permissividade no lar, pela presença ou ausência do pai, e pelos múltiplos parceiros da mãe. Estes elos frágeis podem prejudicar os laços afetivos para com a criança, assim como os estímulos para o seu desenvolvimento:

> *"[...] as questões sociais, na verdade, é que existem bastante, as famílias são numerosas e os elos familiares são fracos e há uma permissividade dentro desses elos familiares, e uma promiscuidade bastante presente [...] essa semana ainda, a avaliação de uma criança com oito meses e ela não engatinha ainda [...] então, aquele gráfico infantil está bem, bem normal, mas, ela não tem estímulo dentro do domicilio. Dentro de uma família extremamente desagregada, totalmente esfacelada, para dizer bem, ela perdeu totalmente a oportunidade dos estímulos motores e agora ela está atrasada, apesar de ter uma condição física totalmente boa". (E27)*

> *"[...] não tem um vínculo familiar, não tem, não são casadas, às vezes, são amigadas, vários parceiros, então a gente já começa, pela mulher, e isso acaba refletindo depois durante o pré-natal delas e depois no ato, no cuidar da criança (E11).*

> *"Nós fazemos visitas domiciliares para essas crianças que têm um déficit no desenvolvimento. Após essa coleta de dados, nós tentamos meio que nos nortear para ver se é uma falta de estrutura física dessa família [...] quantas pessoas, se é casada ou não, se tem esposo, se não tem esposo, se é mãe solteira, se não, se mora com a mãe, se mora com os avós, com quem mora, para que a gente possa tentar ajudar". (E16)*

> *"Acho que a presença do pai, também, acho que favorece*

> *muito, a atenção do pai, a gente vê assim a diferença quando um pai está junto, quando vê a formação do casal, envolvido com a criança, sentido de que a mãe assuma sozinha". (E24)*

As falas acima correlacionam os elos familiares a um padrão social de famílias constituídas por laços formais civis, apontando as fragilidades do vínculo familiar para com a criança, com a permissividade dentro do lar. Os sujeitos mencionam o papel ideal de uma família nuclear tradicional, composta por marido e mulher, para a provisão de cuidados adequados aos seus filhos. Este conceito familiar foi construído histórica e socialmente pela sociedade contemporânea, pois a família, desde o início do século XX, assumiu uma função moral, não sendo simplesmente uma entidade de direito privado que transmite bens e o nome para sua prole (ARIÈS, 1981).

As famílias têm sido construídas em novos arranjos, que excedem a família nuclear tradicional, e que ainda podem manter sua função socializadora para a criança. Assim como, na realidade de muitas famílias ao redor do mundo, a mulher tem sido, em muitas vezes, o arrimo de seus filhos, sobrevivendo muitas vezes com baixa renda, sem a presença de companheiro, convivendo com a violência das periferias (ANDRADE *et al.,* 2005; RADCLIFF *et al.,* 2012).

Segundo os sujeitos, estes elos familiares fracos refletem diretamente na interação entre os membros da família e a criança, assim como nos estímulos para o desenvolvimento infantil. Isto alude para a necessidade de experiências que a criança precisa desenvolver para adquirir novas competências de habilidades motoras e de relações com as pessoas ao seu redor. Tais experiências demandam cuidadores que forneçam interações empáticas e sustentadoras, que podem ensiná-la a aprender novas experiências de vida, assim como capacitá-la a aprender a pensar e raciocinar (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). As dificuldades que a criança pode ter com as relações afetivas na família, e a ausência ou a deficiência de vínculos com os cuidadores podem resultar em comprometimento significativo nas funções cognitivas e emocionais (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Todavia, estas situações não ocorrem isoladamente, mas podem ser condicionadas pela situação econômica e social das comunidades, que sofrem de falta de acesso à educação, a empregos adequados e de condições para poder criar seus filhos, o que denota a influência das políticas econômicas com baixos

investimentos públicos (ANDRADE *et al*., 2005; BITTAR; NAKANO, 2011). Por isso, a inserção destas famílias na produção social fica prejudicada com a dependência de seus membros da renda de poucas pessoas, o que não é necessariamente dirigido a suprir a necessidade da criança (ANDRADE *et al., 2005).*

Esta realidade necessita ser compreendida não somente pela equipe de saúde no seu processo de cuidar, mas pela rede social de apoio e pelo Estado como provedor de políticas econômicas e sociais que possam contribuir para dirimir essas iniquidades (MUSTARD, 2008; ALEXANDRE *et al.*, 2012).

4.1.2 Toxicodependência e violência

Para o enfermeiro, a presença da toxicodependência no lar é identificada como um elemento que pode gerar situações adversas para odesenvolvimento infantil, pois influisobre os laços afetivos e sobre a proteção da criança:

> *“ [...] tem muitas mães, por exemplo, que são drogaditas, e então elas não participam e os filhos na verdade, eles não tem o mesmo convívio familiar muitas vezes [...] a mãe tinha quatro filhos, o último filho, ela não fez o pré-natal nenhum, ela ficou usando droga dia e noite, passava as noites fora e esses filhos, os anteriores ficaram com a avó e o último também ficou [...] é uma criança, que a avó cuida de cinco ao mesmo tempo e é uma criança assim que não foi amada”. (E35)*

> *“A estrutura*[da família] *afetada devido ao alcoolismo, uso de drogas, falta de trabalho, e assim vai. Tem bastante interferência. Esses são basicamente as principais coisas que afetam o desenvolvimento das crianças, principalmente nessa região”. (E39)*

> *“Teve uma mãe soropositiva, usuária de crack, que fez o pré-natal em várias unidades em Curitiba. E ela veio para a nossa assim, com 36 semanas, Gesta II. Então a gente começou a busca ativa. Ela tinha infecção urinária, um monte de coisa. O*

que aconteceu? Ela abandonou essas crianças no Conselho Tutelar e a gente teve que fazer busca ativa, porque a criança ficou com sífilis" (E2).

" A gente vê isso, então as crianças que são de mães drogaditas, é bem mais complicado, isso influencia, influencia muito [...] Eu tive duas que eu acompanhei, que são crianças que acabaram tendo assim problema, problema bem grave nutricional e de desenvolvimento. Elas demoraram muito para caminhar, para falar, para se comunicar". (E37)

"É porque na realidade os pais que usam drogas, eles já não acompanham a criança como deveriam acompanhar. Então não tem aquela adesão que a gente queria, nem na questão vacinal, nem na questão de acompanhamento na Unidade, desde o pré-natal até o nascimento e continua". (E22)

"[...] essa mãe mora numa região assim que bem próximo do rio a gente sempre aqui diz que é um beco [...] e essa criança tem, tem problema de desenvolvimento, teve atraso de fala, e tudo mais e essa criança veio a falecer porque a mãe, o problema dela com a droga, ela deitou em cima do bebê e esse bebê acabou falecendo mesmo [..] já vi mães usuárias de drogas, nós temos a questão de uma criança que a mãe fez uso de drogas em todo o pré-natal, essa criança teve uma complicação teve que ser encaminhada para o especialista e são crianças que são acompanhadas até hoje." (E9)

[...] "que eu digo que influencia uma mãe dependente química, que assim, a gente fazia busca ativa nas bocas mesmo, para estar acompanhando o pré-natal. Ela faltou a vàrias consultas e assim, a gente conseguiu fazer o exame de toxoplasmose, só que já tinha passado do tempo de você tá entrando com a medicação. Então a criança infelizmente, nasceu com algumas

> *sequelas, está acompanhando tudo, ou seja, a condição da mãe de dependência química, o ambiente* em *que ela vivia, o não acompanhamento no pré-natal, influenciou no futuro dessa criança e continua influenciando". (E25)*

> *"A gente continuava fazendo visita para ela, usuária de craque, no começo ela levava o bebê para ficar com ela embaixo da ponte com o marido dela e eles passavam a noite inteirinha usando craque com o bebezinho ali e por causa daquela fumaça tóxica o bebê começou a ficar com problema, então, ele se sentia mal às vezes". (E31)*

Nas falas E35, E39 e E2,os sujeitos apontam a presença da droga no cotidiano das famílias como elemento que prejudica seus vínculos familiares e a proteção das crianças. Um estudo mostra que um grande fator estressor para o desenvolvimento infantil tem sido o abuso de substâncias pelos pais. Cerca de 10% das crianças menores de cinco anos convivem com pais que abusaram de substâncias no passado (*SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; OFFICE OF APPLIED STUDIES,* 2009). Por outro lado, outro estudo mostra que famílias com abuso de substâncias pelos pais possuem maiores taxas de doenças mentais, desemprego, violência doméstica, delinquência, e de maior depedência dos serviços sociais (ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012), o que tem gerado angústia, traumas e prejuízos para o desenvolvimento das crianças (GABATZ*et al.,* 2010).

Dentro do contexto dos laços afetivos e a droga, os enfermeiros (E35 e E2), fazem menção ao abandono da criança pela mãe. Todavia, esta relação mãe-filhoestá correlacionada, primordialmente, pelas influências psicológicas culturais e de educação que a mãe teve na infância. Neste sentido é preciso compreender o significado que pode ter o abandono de um filho pela mãe (SOEJIMA; WEBER, 2008). Esta pode ser a manifestação em atos, muitas vezes, do significado de reconhecer sua impossibilidade de criar a criança,ou sua rejeição a ela ou a frustração de seu amor e desejo maternos. Há evidências que as mães que abandonam sofrem exclusão e abandonam porque foram abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade (SOEJIMA; WEBER, 2008).

As evocações E37 e E22 apontam para a associação que há entre o abuso de drogas pelas mães, e a falta de cuidado com a saúde da criança e de estímulos ao seu desenvolvimento. Estudos mostram que o abuso de drogas afeta as prioridades da mãe para com a criança, havendo consequentes efeitos negativos sobre a consistência de cuidados e supervisão desta, podendo haver influência negativa no desenvolvimento infantil (DAKIL *et al*., 2011; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

As sentenças E9, E25, e E31 estão relacionadas com o consumo materno de substâncias tóxicas, como álcool e outras drogas e seu efeito sobre a proteção e segurança da criança. Tais situações podem resultar em negligência com os cuidados, ferimentos, acidentes domésticos e mortes relacionadas com os acidentes de trânsito, assim como a maior chance de que as crianças se tornem toxicodependentes ou abusadores de si mesmos (*SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; OFFICE OF APPLIED STUDIES*, 2009).

Um estudo mostra que maus tratos sofridos pelas crianças, que incluem abuso e negligência, são um importante problema de saúde pública, estimando que, somente nos Estados Unidos por ano, 872 mil crianças são maltratadas e 1.500 morrem em decorrência a violência (KASLOW; THOMPSON, 2008). Grande parte das crianças que nascem com baixo peso e dificuldades físicas, de aprendizagem, emocionais e sociais, poderiam ter estas situações prevenidas, se estivessem protegidas do abuso e negligência precoces, o que as torna vulneráveis a alterações no sistema nervoso central (MUSTARD, 2008; SHONKOFF, 2011).

Em concordância com as falas E9 e E25, existem evidências de que o uso de drogas pela mãe no período pré-natal está relacionado à deficiência de crescimento, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, microcefalia, disfunção motora fina e dismorfismo facial, além de fenda palatina e anomalias cardíacas. Podendo haver manifestações tardias como mudanças na capacidade intelectual, psicomotora, de aprendizagem, atenção e comportamento (BRAZELTON, GREESPAN, 2002; SOUZA; SANTOS; OLIVEIRA,2012).

Outro estudo mostra que gestantes que usam drogas são mais frequentes entre as mulheres que recebem tardio, limitado ou nenhum cuidado pré-natal. Por outro lado, as gestantes que usam drogas e recebem atenção pré-natal adequado geralmente têm apresentado melhores resultados em seu parto e na saúde de seus

filhos (ROBERTS; PIES, 2010).

A fala E31 corrobora com estudos que mostram que o uso de drogas por seus pais podem trazer comprometimento funcional para esta,sendo os *deficit* em seu desenvolvimento atribuídos aos maus tratos dos cuidadores usuários de drogas (*SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; OFFICE OF APPLIED STU*DIES, 2009; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012). Havendo evidências que filhos de pais toxicodependentes tendem a entrar em orfanatos em idades mais tenras e são mais propensos a permanecer em um orfanato mais do que crianças maltratadas de famílias não afetadas pelo uso de drogas. Assim como, as crianças cujos pais abusaram de substâncias tinham duas vezes mais probabilidade de sofrer abuso físico ou sexual, em comparação com crianças de pais não usuários (ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

O enfermeiro menciona a presença da violência e da droga na vida da criança como uma situação adversa para sua proteção física, que pode influenciar em seu desenvolvimento:

> *“Aqui na nossa área nós temos muitas crianças em situação de risco e vulnerabilidade mesmo, eu acho que a familia, a base familiar, a estrutura familiar influencia bastante nestes casos, aqui a gente tem crianças que convivem com drogadição dentro de casa, com violência doméstica”. (E12)*

> *“A violência comprometeu a criança, chegando a levar a criança a fazer tratamento ambulatorial* [no] *CAPS infantil, não conseguiu ter um bom desempenho, e até hoje está recebendo tratamento, um tratamento que não se dá uma continuidade, um tratamento que começa, pára, melhora, volta. Então foi através da violência mesmo que tem na região e a drogadição”. (E7)*

> *“ O meio que essa criança está vivendo, se existe presença de dependente químico no ambiente, se existe violência doméstica, então assim, eu acho que tudo isso, não estou falando só da parte estrutural da criança, da parte física, mas da parte psicológica também, tudo isso, vai ter uma consequência,*

> *quando essa criança chegar na sua adolescência e na sua adultice". (E25)*
>
> *É uma mãe, que tentou repreender um filho mais velho. Esse filho mais velho saiu gritando pela rua, o Conselho Tutelar veio, recolheu esse menino. Porque que o Conselho recolheu? Porque a própria mãe entregou o menino no Conselho por não aguentar mais a situação. Mas por detrás disso o que tem? Um pai agressivo, uma mãe também totalmente fora de si, saúde mental, em acompanhamento desse mais velho". (E14)*
>
> *"[...] que você vai às casas das pessoas você vê as condições não basta apenas às vezes você olhar só no consultório você tem que ir às casas das pessoas realmente é, o que leva elas estarem assim, que ambiente que elas vivem [...] ambiente do pai e da mãe brigando, são ambientes dos pais". (E15)*

Nas falas E12, E7 e E25,o enfermeiro refere a presença da violência como uma consequência do uso de drogas em seu cotidiano. Um estudo mostra que a presença de drogas e violência no seio familiar é uma realidade em muitos países do mundo (*SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; OFFICE OF APPLIED STUDIES*, 2009). Outros estudos mostram que a toxicodependência dos pais, em muitos casos, se denota como um fator que estimula a expressão da violência, por meio de agressividade e atitudes de negligência para com os filhos (DAKIL et al., 2011; BITTAR; NAKANO, 2011; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

Por outro lado, sabe-se que maus tratos à criança geram efeitos a curto e longo prazo sobre a sua saúde mental, física e seu bem-estar psicossocial. Outro estudo mostrou que os maus-tratos geram consequências no desenvolvimento infantil, entre estas estão sinais de estresse pós-traumático na infância e na adolescência, dificuldades emocionais e comportamentais na vida adulta, abuso de substâncias na adolescência e na idade adulta, comportamento suicida, agressivo, de revitimização (KASLOW; THOMPSON, 2008).

Nas falas E14 e E15, o enfermeiro cita a violência como um componente

negativo nas relações intrafamiliares. O desenvolvimento psicoemocional da criança pode ser deteriorado por tais situações (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Nestas situações, em vez de a criança receber proteção des seus cuidadores, em muitos casos convive com situações deletérias, que podem ocasionar prejuízos para solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais (ANDRADE *et al*., 2005; ZAJONS; MULLER; VALENTINI,2008; NOBRE *et al.,* 2009).

Uma pesquisa mostra que os níveis de maus tratos à criança estão correlacionados com iniquidades sociais na comunidade e na organização social encontradas em meios urbanos, como falta de infraestrutura, habitação precária, falta de apoio social e violência na comunidade (DAKIL *et al*., 2011). E outro estudo indica que o baixo nível socioeconômico seja definido em termos de renda familiar, está fortemente associado com negligências à criança, sendo que as crianças provenientes de famílias de baixa renda possuem cinco vezes mais probabilidade de serem maltratadas (ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

As sentenças corroboram com um estudo realizado na China, que mostrou que a violência sofrida pelas crianças é um problema que ocorre em todo o mundo e tem atravessado cultura, classe, educação, renda e etnia. O que tem chamado a atenção para o contexto em que a violência entre parceiros íntimos e maus-tratos coexistem dentro de uma família (CHAN, 2011). Embora, a família seja representada como um local para proteção, segurança e afeto à criança, em muitos casos, esta tem sofrido abusos dentro de seu conjunto familiar, muitas vezes desencadeados por conflitos intrafamiliares (BITTAR; NAKANO, 2011).

Em outro estudo, os autores mostram que a violência intrafamiliar pode ocorrer por meio de agressões física, verbal, e emocional, tais como agressão, domínio e controle (KARAKURT; CUMBIE, 2012). Por outro lado, esta violência e agressividade estão em grande parte relacionadas à pobreza afetiva, que conduz à desorganização familiar. Sendo que as crianças advindas dessas famílias se desenvolvem em um ambiente de insegurança, agregado à vergonha e ao constrangimento social (GABATZ *et al*., 2010). Em muitos casos, essas crianças crescerão e reproduzirão os padrões comportamentais de seus familiares, tornado-se pessoas agressivas e propensas à criminalidade e violência (MILLETICH *et al.*, 2010).

Mostram que, embora o discurso oficial do poder público professe proteger a família, esta tem sido marginalizada por um Estado ausente em sua vida, o que é

notório nas periferias de grandes centros urbanos (FLEURY, 2012).Urgindo a formulação de políticas públicas de intervenção que permitam a prevenção da violência e o tratamento daqueles que estão sofrendo do agravo da toxicodependência.

4.1.3 Juventude materna

Entre os aspectos que influenciam o desenvolvimento infantil, as falas a seguir evocam as mães e/ou gestantes adolescentes como uma possível situação adversa para a construção de relações sustentadoras entre os pais e os filhos e que estas têm relação com experiências anteriores, estrutura familiar, gravidez desejada e o cuidado com a alimentação infantil:

> *“A mãe as teve muito novas, as deixaram em casa sozinhas, não tiveram acompanhamento e elas com doze, treze anos, sozinhas em casa, o hormônio fala mais alto, acabam engravidando. Elas já não tem um acompanhamento das mães, não tem uma estrutura familiar, elas vão reproduzir, essa estrutura que elas vivenciaram, acabam reproduzindo para os filhos”. (E28)*

> *“ A gente tem aqui na unidade, muitos casos de meninas de quatorze, quinze anos que, são gravidez vítima de um relacionamento assim, de uma noitada, furtivo, são crianças que não são programadas, muitas vezes, vítimas de tentativas de aborto, mal sucedidos, de mães que não estavam esperando, são adolescentes criando um bebê, brincando de boneca, com aquela, com aquela criança e para você criar um vinculo afetivo, desta adolescente que está no momento dela, de imaturidade, é muito difícil” (E30).*

> *“Às vezes engravidar não era o que elas queriam, e às vezes eu acho que é o psicológico, delas que estãoàs vezes revoltadas com aquela criança, que acabar, as vezes elas queriam sair,*

> *não pode sair, tem que cuidar do filho, acaba não cuidando tão bem [...] sabe e a grande maioria, engatilha uma criança atrás da outra, eu tenho adolescentes, eu tenho pessoas aqui de vinte anos com oito filhos (E15).*
>
> *“A maioria, a maior parte são adolescentes nessa área. Por que assim, vamos começar pela amamentação que seria um suporte para criança é não tem uma porcentagem mais a maioria não amamenta, acaba deixando de amamentar” (E4).*
>
> *“[...] a alimentação, eu acho que também acaba interferindo, a maioria das mães que chegam aqui, muito novas, dão Miojo para as crianças, por mais que a gente tente orientar sobre a alimentação, da importância [...] então é mais uma questão de interesse, de ir lá e fazer o negócio certinho, mais a gente sempre orienta que a alimentação, os cuidados, o importância do vínculo” (E28).*

Nas falas E28, E30 e E15, o enfermeiro refere para a situação da mãe adolescente, que em muitas ocasiões se encontram desamparadas sem o apoio necessário para o cuidado da criança. Deve-se considerar que a gravidez na adolescência não consiste em um ato biológico reprodutivo, mas um processo social complexo, condicionado por fatores individuais, sociais e econômicos, que afeta tanto as jovens, como seus familiares (BOLLAND, 2003; DAMIANI, 2003; SIEVING *et al.,* 2011; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2012).

Alguns estudos sugerem que a gravidez na adolescência tem reflexos de um complexo conjunto de situações como relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros sexuais, envolvimento com violência, insucesso escolar, depressão, crenças e atitudes que fortaleçam seu comportamento sexual de risco. Por outro lado, deve-se considerar que as normas sociais nas quais essas adolescentes vivem, a pobreza e a falta de acesso a serviços de saúde também influenciam na prevalência de gravidez entre esse público específico (BOLLAND, 2003; SIEVING *et al.,* 2011; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2012).

A gravidez na adolescência tem sido motivo de preocupação para gestores

e autoridades. Atualmente, a gravidez tem sido prevalente em cerca de 25% das jovens entre 10 e 19 anos, estando porém, em Curitiba, local do estudo, em cerca de 14% das gestações (CURITIBA, 2010). A situação dessas adolescentes está relacionada, em grande parte, pela antecipação da vida sexual ativa dos adolescentes e pelas questões de classe social e etnia, sendo maior entre as negras (SIEVING*et al.,* 2011; NERY*et al*., 2011).

As adolescentes têm sofrido a discriminação gerada pelas desigualdades de gênero construídas historicamente, as quais estabelecem uma condição de inferioridade para a mulher (NERY*et al.,* 2011). Sendo estas mães jovens, na faixa etária entre 15 e 20 anos, solteiras, com dificuldades financeiras, sem apoio de seus parceiros, de suas famílias e do Estado, que mais abandonam seus filhos (SOEJIMA; WEBER, 2008).

Por isso mostra-se necessário que a adolescência receba atenção especial das autoridades quanto à melhoria da qualidade educacional, da inclusão profissional dessas jovens mulheres em políticas que busquem melhorar suas condições de vida (PEREIRA; SANTOS, 2010; SACKOFF; YUNZAL-BUTLER, 2012; WENDLAND; LEVANDOWSKI, 2012). Devendo ter especial tratamento por parte das autoridades, principalmente quanto ao incremento de garantia do acesso das adolescentes a uma educação básica de qualidade que desenvolva a capacidade da adolescente em se prevenir de gravidezes indesejadas, além de permitir que esta tenha condições de entrar no mercado de trabalho e possa ter uma vida com dignidade cidadã (SACKOFF; YUNZAL-BUTLER, 2012).

Nas falas E4 e E28, o enfermeiro aponta para a juventude da mãe como elemento que influencia o desmame precoce e os tipos de alimentos a serem oferecidos à criança.

A literatura recomenda, que até os seis meses de vida, o leite materno deve ser a única fonte de alimentos da criança, pois possui capacidade oferecer aporte proteico-calórico adequado, favorecendo sua proteção contra doenças e o seu desenvolvimento (LADOMENOU; KAFATOS; GALANAKIS, 2007; BAXTER; COOKLIN; SMITH, 2009; SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010). Todavia, a prevalência de aleitamento exclusivo tem sido menor entre adolescentes, e o desmame completo no final do terceiro mês também tem sido maior entre esse grupo (FROTA; MARCOPITO, 2004). O ato de desmame da adolescente não ocorre simplesmente como uma escolha isolada dela, mas devido a esta poder sofrer

muitos transtornos emocionais, sendo incapaz de se imaginar desempenhandoo papel de mãe, com sentimentos de negação e isolamento (FROTA; MARCOPITO, 2004).

Outro estudo mostra que o desmame geralmente acontece dentro das primeiras semanas após o nascimento, o período crítico, em que muitas mães acham seu leite insuficiente, tomam medicações ou experienciam traumas mamilares ou dor mamária. Vários fatores contribuem para as baixas prevalências de aleitamento materno, entre estes estão: ocupacionais, financeiros, religiosos e até mesmo estéticos e supersticiosos. Deve-se considerar que a pressão comercial dos anúncios do leite de vaca tem tido grande influência na sociedade (LADOMENOU; KAFATOS; GALANAKIS, 2007).

Tais situações ocorrem apesar dos benefícios da amamentação para a mãe, filho, e sociedade estarem bem evidenciados em pesquisas, e ainda a prevalência de aleitamento materno permanece abaixo das metas mundiais, sendo que 75% das mulheres amamentam na alta hospitalar e somente 50% o fazem seis meses após o parto (LADOMENOU; KAFATOS; GALANAKIS, 2007). Um estudo mostrou que entre as mulheres australianas, mais 80% delas iniciam o aleitamento materno após o nascimento, contudo, menos de metade das crianças recebem leite materno aos 6 meses (BAXTER; COOKLIN; SMITH, 2009).

Tratando dos efeitos do desmame precoce, um estudo mostrou que a sua prática, antes dos 4 meses foi associado com aumento da taxa de morbidade com o risco da descontinuidade da lactação; estando relacionado com a possibilidade de imaturidade em alguns órgãos como intestinos, rins e sistema imunológico, assim como com baixa exposição aos efeitos protetores do leite materno (WRIGHT; PARKINSON; DREWETT, 2004). Por outro lado, outro estudo mostrou que o atraso para a introdução de alimentos sólidos para além da idade de 6 meses tem sido associado com um risco aumentado de desnutrição e a anemia ferropriva (SULTAN; ZUBERI, 2003).

Estas sentenças revelam que a preocupação do enfermeiro, neste quesito está relacionada à vulnerabilidade da criança e sua ligação com a desnutrição infantil. Esta pode resultar de uma dieta inadequada e de doenças que cuja gênese se encontra na falta de segurança alimentar, de cuidados inadequados da mãe para com a criança e de serviços de saúde deficientes. Destacam-se dentre esses fatores os de cunho social e estrutural, por sistemas políticos e ideologias, assim

como a distribuição de riquezas e de recursos potenciais (CHUPROSKI *et al.*, 2012).

Pode haver prejuízos no crescimento e desenvolvimento das crianças em caso de baixa qualidade alimentar. O *deficit* de crescimento está associado à baixa qualidade alimentar da criança, revelando que as crianças com baixo peso, podem estar em maior risco de excesso de peso ao longo do tempo sob condições ambientais favoráveis, assim como a baixa estatura pode coexistir com sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares de nível socioeconômico mais baixo (LOURENÇO; CARDOSO, 2009).

No entanto, deve-se considerar que essas práticas alimentares se encontram muito além dos alimentos habitualmente consumidos por essas famílias, mas relacionadas com a situação de vida enfrentada pelos sujeitos e os mecanismos de suporte para garantir alimentação e cuidados aos filhos, o que pode refletir no estado nutricional das crianças (MIKKELSEN *et al.*, 2007; CHUPROSKI *et al*., 2012).E deve-se apreender o processo de alimentação, não simplesmente como um ato biológico e metabólico, mas como uma prática complexa, condicionada por fatores culturais e sociais (ROTENBERG; VARGAS, 2004; ARAUJO *et al*., 2008).

4.1.4 Doença Materna

A situação de doença materna é citada como elemento que influencia o vínculo familiar, assim como os estímulos ao desenvolvimento infantil:

> *“Desde a questão da concepção. Se for uma gravidez desejada, se foi uma gravidez planejada. A situação da mãe, situação física materna da mãe, psicológica. Então uma mãe desnutrida, uma mãe obesa, mãe com alguma comorbidade e a situação psíquica da mãe também, emocional, às vezes é uma mãe depressiva, mulher sem parceiro, adolescente, e daí as questões relacionadas com, depois com a criança mesmo [...] Ela tem uma história de esquizofrenia, vive com um companheiro bem mais velho [...] Foi uma gravidez bem problemática, ela estava até no momento de descompensação da doença mental [...] é uma criança que até hoje assim não se expressa livremente, então, não é uma criança que fala, ela já*

> *está aproximadamente com uns dois anos e meio, mas é uma criança que ainda não fala espontaneamente comparando com as outras crianças da mesma idade" (E19).*
>
> *" A mãe tem problema sério de saúde, e ela não consegue acompanhar esta criança até a escola. Então assim a criança vai a escola, já é uma adolescente, vai a escola, mas o retorno dela nem sempre é no mesmo horário para casa, ela não sabe se ela foi, se ela não foi, às vezes a escola chama e ela não consegue ir, ela tem uma dificuldade bem grande de monitoramento". (E3).*

Na fala E19, o enfermeiro descreve a situação do estado psicoemocional da mãe, como elemento que influencia a construção dos vínculos familiares. A mãe tem sido descrita, historicamente como a principal personagem para o cuidado infantil, e como a principal responsável pelo estímulo do desenvolvimento da criança (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Embora, a mãe possua esse papel definido socialmente, em muitos casos, a criança pode ser exposta a situações de vulnerabilidade, se esta não estiver com sua saúde mental ou emocional em boas condições, havendo a situação de desajustes familiares seguidos de desestruturação de seus membros (GABATZ*et al.,* 2011; GOODMAN*, et al*., 2011), e esta situação psicológica da mãe pode ser complicada pela presença de dificuldades socioeconômicas (MELCHIOR *et al.*, 2012).

O enfermeiro alude sobre as dificuldades da mãe doente em estimular o desenvolvimento de seu filho. Em muitos casos, a mãe sofre com doenças mentais como a depressão pós-parto, o que pode prejudicar o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças (SOHR-PRESTON; SCARAMELLA, 2006; MCMANUS; POEHLMANN, 2011).

As mães deprimidas demonstram dificuldade de sensibilidade, respostas contingentes e modulação de estimulação ambiental para com seus filhos, sugestivas de mecanismos sociointeracionais. Embora haja esse sofrimento, muitas mães se esforçam para cuidar de seus filhos, indepedentemente do apoio social que tenham recebido (LEE; HOLDITCH-DAVIS; SHANDOR MILES, 2007; MCMANUS;

POEHLMANN, 2011).

Na evocação E3, o enfermeiro expõe a situação de doença materna que influi sobre o monitoramento da criança em suas atividades. Isto se relaciona com as experiências de aprendizado que a criança necessita desenvolver com sua família ou rede social, a partir do afeto que esta recebe de seus cuidadores. Todos os limites e estruturas necessitam ser iniciados com afeição e preocupação, pois é a partir destas que a criança construirá sua visão do mundo em que vive, e as relações com as pessoas ao seu redor (BRAZELTON; GREESPAN, 2002). Assim como as fragilidades das relações entre pais e filhos podem comprometer o desenvolvimento da criança, se esta crescer sem o estabelecimento de limites, podendo apresentar dificuldades em algumas situações de sua vida (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2011).

Embora, a família seja socialmente apontada como provedora dos cuidados à criança, é necessário que esta possua apoio das pessoas próximas, assim como tenha acesso a serviços públicos e comunitários (ALEXANDRE, 2010). Portanto, a rede social de apoio para mães que se encontram debilitadas com relação à sua saúde mental, pode contribuir para o cuidado da criança com vistas à promoção do desenvolvimento infantil. Pois tem havido lacunas em grande parte das situações, ficando a criança, muitas vezes, sem o cuidado adequado, pela falta de vagas em creches ou instituições socioeducativas em meio aberto que poderiam auxiliá-las na proteção infantil (MAZZA, 2007; ALEXANDRE *et al.*, 2012).

A condição da mulher na sociedade atual demanda o desenvolvimento de políticas de igualdade de gênero, que garantam à mulher o seu espaço, por meio de empregos com salários adequados, capacitações profissionais e de políticas educacionais que garantam à mulher, locais para o cuidado de seus filhos (PEREIRA; SANTOS, 2010).

4.1.5 Dificuldades de prover cuidados

O enfermeiro relata que as famílias e as mães possuem dificuldades em prover cuidados que promovam o desenvolvimento infantil; entre estas se destacam o não acompanhamento pré-natal e da saúde da criança e as dificuldades de provisão de cuidados diários para a criança e com a alimentação infantil:

“Uma gestante que compareceu na Unidade já em final de gestação, de 7 pra 8 meses mais ou menos, iniciou o pré-natal tardiamente, não chegou a fazer os exames que foram solicitados [...] ela acabou não realizando os exames, não compareceu mais apesar da busca ativa que foi realizada, a mãe não compareceu mais na Unidade, se comprometia de comparecer e não vinha”. (E20)

“[...] é necessário que essa mãe acompanhe, que ela faça o acompanhamento durante o pré-natal, e essa mãe não vê que isso é necessário, não mais para que? Eu vou lá só para colher sangue e para estar fazendo o, vendo se eu ganhei peso, se eu não ganhei, se eu estou tendo, se o meu, se o nenê está mexendo lá na barriga”. (E25)

[...] “não faz o acompanhamento com certeza esta criança tem problema, e quando a criança nasce é negligente no acompanhamento, nós temos o acompanhamento mensal da criança, não traz a criança”. (E6)

“O que a gente faz o nosso trabalho de saúde da família a gente vai na casa se a mãe não trás para vacinar a gente vai na casa e faz a gente tem o controle das criançinhas especialmente menores de um ano que tem que tá acompanhando [...] se ela falta no programinha a gente também vai atrás [...] porque não trazem não se preocupam não se responsabilizam muito nessas questões mais no mais é isso né grave mesmo”. (E10)

“É comum você passar na rua e ver crianças na rua, crianças de dois anos brincando na rua sozinha, não tem aquele respaldo do pai e da mãe, de alguém para cuidar, eles sobrevivem sozinhos mesmo”. (E12)

“Elas não tem uma conscientização do risco que a criança está

sendo exposta diariamente. É, muitas crianças são cuidadas por outras crianças, então tudo isso leva a criança a ter um risco maior". (E20)

"Que a gente vê muito que as mães hoje em dia também, elas são muito relapsas, elas deixam a criança em casa com o irmão mais novo, irmão mais velho, talvez". (E34)

[...] "eu acho que falta é uma parcela aqui que eu percebo, da família, dos pais, porque eles acabam tendo que deixar os filhos em casa e trabalhar, os filhos ficam com a piazada na rua [...] porque eu acho que as crianças ficam muito soltas". (E28)

"[...] aqui teve uma que nem é tão adolescente uma senhora ela tinha leite né e ela queria amamentar e trabalhamos com ela e encaminhamos ao PROAMA[3] que dá o suporte para gente. Ela falou assim: porque que se eu já criei seis filhos a Ninho e para essa eu também vou dar Ninho e deu Ninho" (E4).

" [...] fora algumas situações que, por nível, por questões que a gente observa se, são dadas as várias opiniões, várias esclarecimentos mais que você percebe que no fundo, tem um fundo estético, que às vezes a mãe não quer amamentar porcausa que o seio não vai ficar esteticamente perfeito como era antes" (E16).

"Nasce essa criança, não sabe como que vai cuidar, vai muito do boca a boca, mãe, cunhada, vizinha, começam a dar um monte de outros alimentos que não é só o aleitamento materno, que elas não querem, muitas vezes, o aleitamento materno, que ajuda muito no desenvolvimento" (E38).

[3]Programa de Aleitamento Materno da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Nas falas E20 e E25, o enfermeiro descreve a vulnerabilidade da criança relacionada aos cuidados pré-natais.Sua compreensão corrobora com o consenso internacional, que o atendimento deve começar no primeiro trimestre da gravidez, pois permite melhor manejo e intervenções em tempo adequados, evitando maiores riscos à saúde da mãe e da criança (WILDMAN *et al.,* 2003; KIRKHAM; HARRIS; GRZYBOWSKI, 2005; BEECKMAN; LOUCKX; PUTMAN, 2011;DOMINGUES *et al.,* 2012).

Segundo as estimativas, em cada ano, aproximadamente um terço de um milhão de mulheres em todo o mundo morrem devido às complicações relacionadas com a gravidez sendo aproximadamente três quartos deles considerados evitáveis e 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento (KARLSEN *et al*., 2011; DOMINGUES *et al.,* 2012). Uma criança nascida, cuja mãe não tenha acompanhado adequadamente o seu pré-natal, está mais vulnerável em ter atrasos em seu desenvolvimento (HALPERN et al., 2002).

Descrita na fala E20,a falta de comprometimento e entendimento das mães estão além da simples escolha ou decisões tomadas individualmente por estas mulheres. Estudos têm mostrado que o baixo nível de escolaridade, etnia estrangeira, a baixa renda familiar, a falta de transporte e falta de atenção materno infantil são situações adversas para o início precoce do pré-natal (QUELOPANA; CHAMPION; SALAZAR, 2009; SUNIL*et al.,* 2010). Outros estudos têm evidenciado que o início tardio do pré-natal está relacionado com a idade materna, condição profissional, paridade, gravidez não planejada, tabagismo, a ausência de conhecimento sobre a importância do pré-natal e da falta de apoio social (JOHNSON *et al*., 2007; BEECKMAN; LOUCKX; PUTMAN, 2011).

Também existem evidências que o não acompanhamento pré-natal está relacionado a fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade, não reconhecimento da importância do pré-natal, etc. (JOHNSON *et al*., 2007). Embora o Sistema Único de Saúde tenha buscado implementar ações de melhora para a atenção pré-natal, ainda existem lacunas a serem superadas para melhorar o atendimento às gestantes. Tais lacunas revelam que a cobertura de consultas de pré-natal ainda é insuficiente em muitas situações, pois as gestantes com menor número deconsultas apresentaram resultados inadequados de exames laboratoriais, baixa cobertura vacinal e *deficit* de orientação ao parto e ao aleitamento materno (DOMINGUES *et al.,* 2012).

Destarte, deve-se considerar que os serviços necessitam melhorar a lógica de seu funcionamento, garantindo acesso adequado às usuárias, pois em muitos casos, não há serviços disponíveis para o acolhimento das gestantes (DOMINGUES *et al.,* 2012). Por isso, os serviços de saúde necessitam construir linhas de cuidado à saúde materna que considerem as necessidades de cada usuária, considerando seu contexto de vida, o que poderá influenciar no desenvolvimento da futura criança.

As falas E6 e E10 se referem à falta de cuidados pela criança por parte de seus cuidadores. Está relacionadaà ausência de acompanhamento da criança em consultas na unidade de saúde, ao calendário de vacinas incompleto, às condições precárias de higiene e pela não prevenção de acidentes (GRIPPO; FRACOLLI, 2008).

Embora sejam conhecidos os benefícios do início precoce do acompanhamento da criança, compreende-se que apenas o conhecimento dessa atenção por parte de seus responsáveis não é suficiente para a garantia da procura pelo serviço (SILVA; MORAES; REICHENHEIM, 2012). Embora as falas E6 e E10 imputem negligência à mãe, um estudo aponta que esta falta de acompanhamento está relacionada às condições socioeconômicas individuais e familiares, renda, acesso aos serviços de saúde e quantidade de oferta dessas condições, suporte familiar, idade, nível de escolaridade. Outro motivo alegado é a impossibilidade por motivo de trabalho dos pais (VITOLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010). Além desses elementos apresentados, sabe-se que a situação de fatores psicossociais maternos também parecem interferir no cuidado à criança. Entre esses fatores estariam estresse, ansiedade, humor negativo, problemas psicológicos de forma geral e baixos níveis de apoio e suporte social às mães (SILVA; MORAES; REICHENHEIM, 2012).

As sentenças E12, E20 e E34 mencionam que a família em sua singularidade não consegue prover o cuidado necessário para a criança. Diante disso, entende-se que o cuidado à criança demanda a presença de recursos da comunidade, das organizações sociais e do Estado (ALEXANDRE *et al., 2012).* Esse apoio social pode, para as famílias, ser composto de reciprocidade para com as pessoas e grupos que lhe oferecem ajuda em cuidar os seus filhos (PINTO; MARCON, 2012).

A fala E28 apontam para o desgaste da família contemporânea em sua

relação com a sociedade capitalista. A família passa a ser baseada no calculismo, e na eficiência, a fim de garantir pessoas produtivas para o sistema capitalista, e por isso há um antagonismo entre o racionalismo desse sistema com os sentimentos e afetos do núcleo familiar. Ao sofrer essas mudanças, a família sofre com sua incapacidade de prover estabilidade material para seus membros e de proteger seus membros contra o mundo externo (FEVORINI, 2009).

Todavia, as falas dos enfermeiros têm contradições internas, algumas (E20 e E34) culpabilizam as famílias frente às dificuldade de estas cuidarem dos filhos, sem considerar o papel das demais agências de socialização da criança e a coresponsabilização do Estado na manuteção de políticas públicas de proteção a infância. Imputa toda a responsabilidade para a família sem considerar que em muitos casos, as famílias não contam com o respaldo dessa rede social em seu cotidiano (ALEXANDRE *et al.*, 2012).

Tal situação tem sido manifesta pela falta de vagas em creches e de outros recursos protetores, a exposição das crianças em estarem sozinhas em seus domicílios ou nas ruas, vulneráveis à violência, à toxicodependência e a outras situações que podem prejudicar seu desenvolvimento (MAZZA, 2007). Diante disso, a sociedade e o Estado necessitam rever os investimentos públicos e privados para a promoção da primeira infância, mediante a melhoria das condições socioeconômicas das famílias e por seu acesso às políticas educacionais (MUSTARD, 2008).

Nas evocações E4 e E16, o enfermeiro aponta para as dificuldades no provimento de alimentos para a criança, descrevendo duas situações em que a mãe, por sua livre vontade decidiu desmamar seu filho. Esses dados evidenciam que, embora o aleitamento materno tenha sido culturalmente considerado um processo ligado ao amor materno, deve-se ponderar o livre arbítrio da mulher em querer ou não amamentar ou não seu filho (SANTOS; FERRARI; TONETE, 2009).

Tal situação mostra-se complexa para a saúde da criança, pois a introdução dos alimentos na dieta do lactente torna-se um fator crítico que pode conduzir ao *deficit* nutricional e a doenças (WRIGHT; PARKINSON; DREWETT, 2004; SILVA; VENÂNCIO; MARCHIONI, 2010). Todavia, a mulher deve ser compreendida como sujeito social, dentro de seu contexto social e cultural para o aleitamento materno. O aleitamento materno possui aspectos subjetivos que estão ligados à identidade da mulher, o que pode gerar uma carga negativa de valores e conceitos sobre a sua

prática (NAKANO *et al.,* 2007).

Por outro lado, estudos mostram que em países em desenvolvimento as mulheres em classes menos favorecidas, de baixo e médio poder aquisitivo, amamentam mais que as de melhor nível socioeconômico, provavelmente por falta absoluta de condições de prover o alimento complementar em lugar do leite materno (FALEIROS, TREZZA; CARANDINA, 2006; CARRASCOZA *et al.,* 2011).

A sentença E38 descreve que a mãe que amamenta é influenciada pelo meio social no qual vive, permeado de mitos, crenças e valores, transmitidos pelas gerações, sendo seu ato de lactação não somente uma função exclusiva materna, mas de todas as pessoas de sua proximidade (JOCA *et al.*, 2005; MARQUES *et al.,* 2010). Estudos têm apontado que, embora o discurso biomédico argumente que a amamentação é uma condição instintiva e natural da mulher, tem-se arrazoado sobre suas dimensões sociais e culturais (NAKANO *et al.,* 2007; MULLER; SILVA, 2009).

4.2 VULNERABILIDADE SOCIAL

Nesta dimensão da vulnerabilidade, foram agrupadas as seguintes categorias, descritas na figura 6:

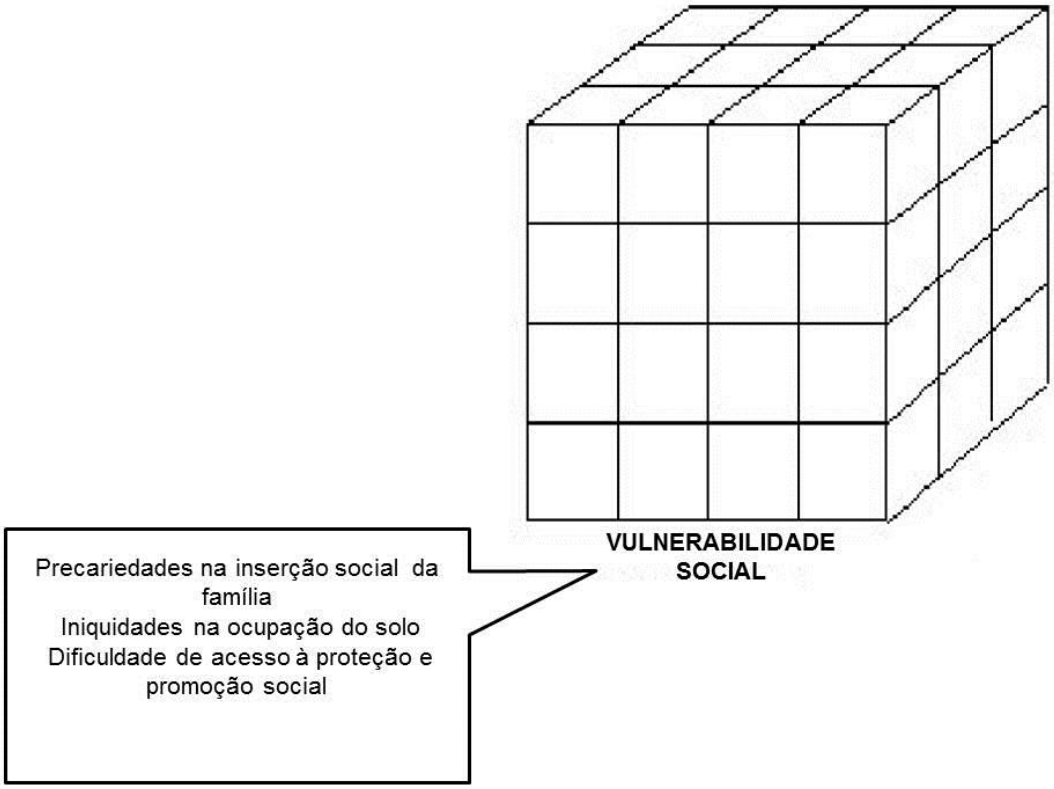


FIGURA 6 – CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO SOCIAL DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA
FONTE: O AUTOR, 2012. A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA FOI ADAPTADA DE AYRES, PAIVA E FRANÇA JÚNIOR (2011).

4.2.1Precariedades na inserção socialda família

O enfermeiro cita que as precariedades na inserção social da família geram dificuldades para que esta proveja condições materiais para a subsistência da criança. Nesta categoria se destacam a baixa escolaridade dos pais, o subemprego e o desemprego,a baixa renda e a dependência de programas sociais:

> *“As condições socioeconômicas, o nível escolar das mães [...] então acho que tem uma dificuldade também deles de entender*

e se a apropriar das informações então tem que ficar batendo na mesma tecla". (E4)

[...] também, a questão do nível escolar, ela não entende o que você está falando, por mais que você faça desenhinho, solzinho, luazinha, bolinha, é difícil o entendimento, de uma prescrição, receita médica, de um preparo, de uma sopa de uma criança [...] eu por isso, eu acho determinante para mim". (E18)

"Situação de risco social principalmente, a gente tem uma área assim com risco social evidente, pouco acesso, os pais vêm de culturas que não tem escolaridade e isso influencia". (E3)

"Porque o desenvolvimento da criança está relacionado com o seu bem estar e o seu bem estar ele está relacionado com a condição social e condição entre o nível de conhecimento quanto a cultura da família e quanto ao seu nível acadêmico também quanto a sua escolaridade [...] assim por exemplo [...] você orienta, você estimula, e mesmo assim ela acha que não é importante, porque seu nível cultural é muito baixo e ela acaba não aderindo ao diagnóstico de enfermagem." (E16)

"Acredito por causa já da região que é uma região um pouco de invasão que tem bastante problema de... A população tem pouco conhecimento não tem muito estudo, muitos estudaram aqui até a sétima série só isso quem estudou mais falta de conhecimento também da população falta de cultura acho é o que está influenciando o pessoal não tem muito acesso aos recursos e também os que tem, não se incentivar também de estudar e tudo". (E10)

"[...] na grande maioria os pais não tem serviço de intelecto, a maioria e serviço braçal, então o filho acaba buscando aquilo,

copiando aquilo, de repente assim eu sou carregador, eu não preciso estudo para ser carregador X, então ah eu vou trabalhar como o meu pai, eu vou ser diarista, ah não precisa, tenho que saber o basico, ler, pegar o onibus, e saber contar dinheiro". (E3).

"Você pensa, já imagina aquele quadro todo, que já vai parar de estudar, sem escolaridade vai virar empregada doméstica provavelmente quando não, a mãe é." (E28)

"Eu acredito que a educação dos pais, principalmente teria que ter um trabalho os pais a maioria são desempregados". (E10)

"Eles usam essa droga mais também quando eles vendem eles ganham um pouquinho de dinheiro e eles conseguem comprar um pouquinho mais de, de droga ou compra alguma coisa para ainda alguma criança que está com eles ali, eu acho que essas coisas assim, muitos deles não trabalham você vai a qualquer horário do dia eles estão lá". (E31)

"Eu vejo também a questão da falta de estrutura, se é uma família que tem uma estrutura social, para estar criando essa criança [...] questão de trabalho dos pais aí já entra a parte social mesmo, se vai ter condições [...]eu acho que depende principalmente de, políticas públicas, no sentido de, questão de desemprego". (E25)

"Aqui a gente tem bastante gente de pouca renda, então o desenvolvimento socioeconômico aqui é baixo. Então o acesso às coisas aqui é pequeno, então até mesmo na questão desse desenvolvimento deles é complicado porque é bem baixa". (E38)

"Então, lá tem um fator social, mais por fator social e, assim, a

> *área de maior pobreza assim, aqui, que é aqui nos fundos, e ai tem, tráfico, tem prostituição, é falta de dinheiro mesmo e condições de vida, só que vai ali, que entra, que é a parte da favela". (E32)*

> *"A questão social também, que elas não tem, a maioria não tem trabalho, vivem a custa do Programa Bolsa Família". (E11)*

As falas E4 e E18 se referem às condições de baixa escolaridade que podem gerar dificuldades para o cuidadores entenderem as orientações e podem comprometer o cuidado à criança e os estímulos ao desenvolvimento infantil (GRIPPO; FRACOLLI, 2008). Estudos associam a baixa escolaridade como condicionantes de déficits no desenvolvimento motor de crianças, pois a mãe com nível de escolaridade baixo não possuiria conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança e assim poderia estimular menos seu filho (HALPERN *et al.* 2002; EICKMANN; LIRA; LIMA, 2002; WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDES, 2009).

Tal situação mostra a realidade de muitas famílias brasileiras, que se encontram segregadas de seus direitos como cidadãos. A baixa escolaridade média da população e as iniquidades permanentes constituem-se ainda num grave problema, o que mantém ativo o debate sobre a urgência de se universalizar a educação básica e a melhorar a qualidade da educação, assim como eliminar o analfabetismo (CASTRO, 2009).

Contrapondo-se às falas E3, E16 e E10, entende-se que a baixa escolaridade não é apenas uma questão de cultura dos indivíduos ou suas famílias. Para isso, leva-se em consideração que existem diferenças notáveis, quando se compara os grupos populacionais, quanto alguns quesitos sociais como localização de moradia e cor da pele. Geralmente, os habitantes das zonas rurais estudam 4 anos a menos que os da área urbana que estudam 8,5 anos em média. Assim como os negros possuem menos dois anos de estudo em média, se comparados com os brancos (CASTRO, 2009; FERRARO, 2010).

Sendo uma consequência da baixa escolaridade, a situação de precariedade de emprego ou subemprego, que muitos chefes de família enfrentam é destacada nas evocações E3, E28 e E31. Muito além de sua relação com a baixa escolaridade, compreende-se que esteja relacionada com uma política de empregos

subordinada a uma vertente neoliberal na estrutura da economia mundial que refletiu diretamente na vida de todas as pessoas (SOARES; COSTA, 2011).

Tal situação se mostrou mais frequente, após a década de 1990, devido às “significativas mudanças na composição setorial da ocupação ocorridas no mercado de trabalho urbano durante a década de 1990, em particular a significativa expansão do setor de serviços e a contração da indústria de transformação” (ULYSSEA, 2006 p.598).

Semelhantemente ao subemprego, destaca-se a situação de desemprego relatada nas falas E10, E31, que relacionam esta condição das famílias por sua baixa escolaridade, pelo seu envolvimento com o narcotráfico.

A baixa escolaridade dos indivíduos os condiciona a uma situação de baixa qualificação profissional, que pode gerar sua restrição de participação no mercado de trabalho (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003). E sua vivência na periferia, onde não há acesso aos serviços públicos e outras estruturas de apoio do Estado, podem tornar muitas famílias expostas ao poder de narcotraficantes, obstaculizando seu avanço social (FLEURY, 2012).

A fala E25 alude ao desemprego devido à ausência de políticas trabalhistas. Entende-se que o desemprego no Brasil, seja reflexo das políticas econômicas que privilegiaram a estabilidade monetária, e fomentaram a alta rotatividade da força de trabalho e a concorrência exagerada entre os trabalhadores na luta pelas escassas vagas de trabalho abertas (SOARES; COSTA, 2011).A fim de cumprir suas metas de ajustes macroeconômicos, o Estado neoliberal aumenta o desemprego, reduz a participação do trabalho assalariado no total das ocupações e reduz o trabalho assalariado com carteira assinada no total da população economicamente ativa. Os governos adotam medidas que flexibilizam e desregulamentam o mercado de trabalho, para reduzir o “custo Brasil”, o que objetiva melhorar a competitividade externa e o lucro do grande capital (VASQUEZ *et al*., 2004).

Associada ao baixo desenvovimento econômico e à influência do narcotráfico e prostituição, a baixa renda é citada pelas falas E38 e E32. Este contexto citado pelos sujeitos demonstra a miséria e pobreza que assola a grande parte dos brasileiros, estabelecendo a nação em um nível alto de desigualdade social (VASQUEZ et al, 2004).

Entende-se que a situação de vida na periferia, estar vulnerável ao poder do narcotráfico e não possuir acesso aos bens de consumos refletem os efeitos

deletérios das políticas neoliberais em curso como metas de inflação, juros altos, câmbio flexível e *superavit* primário (SOARES; COSTA, 2011). Os dados remetem, segundo Vasquez *et al.* (2004) para a exclusão social em que muitos brasileiros ainda permanecem, como consequência perversa e irreversível do neoliberalismo para a estrutura social brasileira quanto ao emprego, condições e relações de trabalho, padrão de consumo, padrão de vida e proteção social. A elevação da dívida pública brasileira, associada com o desemprego e a dificuldade de mobilidade social, compeliu o Estado a investir em programas sociais de transferência de renda e focalizados para a massa miserável da população (SOARES; COSTA, 2011).

A fala E11 aponta para a dependência desses programas sociais devido à falta de trabalho. Os programas e políticas sociais foram formulados para diminuir e superar a pobreza e desigualdade social (COHN, 1995), assim como dirimir as possibilidades de convulsões, mostrando a vertente de focalização do Estado, que visa a alcançar os mais pobres da sociedade (FAGNANI, 1997; VASQUEZ *et al*., 2004).

Acredita-se que houve melhora nos indicadores sociais, sendo ela um produto do avanço das políticas sociais, de uma maior intervenção do Estado na economia e no mercado de trabalho por meio da política do incremento da renda e de aumentos reais no salário mínimo. Embora a dependência dos programas sociais seja vista como um elemento de vulnerabilidade, entende-se que sua implementação propagou considerável redução do contingente de miseráveis na estrutura social brasileira (SOARES; COSTA, 2011).

Com base nessa discussão, compreende-se que a inserção social da família possui relação direta com as suas condições materiais de vida da família e sua capacidade de suprir as necessidades básicas da criança. Estando interligada ao *deficit* de desenvolvimento infantil, pois pode produzir subnutrição, carência social e iniquidades nas atividades educacionais (ZIMMERMAN; ARUNKUMAR, 1994; BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2003; PILZ; SCHERMANN, 2007; CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008).

4.2.2 Iniquidades na ocupação do solo

O enfermeiro relata que as iniquidades na ocupação do solo são caracterizadas pela ausência de saneamento básico, e pela situação precária da

estrutura das construções e pela presença de áreas de criminalidade:

> *“Na minha área de abrangência, hoje o que influencia principalmente o desenvolvimento destas crianças, são as condições socioeconômicas, então, são as questões das ruas que não estão canalizadas, muito esgoto a céu aberto, isso a gente tem verificado no dia-a-dia, crianças com leptospirose, positivas, por conta de falta de saneamento básico primário”. (E18).*
>
> *Porque é assim, são várias casas que elas dividem, as casas a linha do trem e as casas. (E26).*
>
> *“As moradias que elas vivem, a minha área de risco, que, é minha área mais complicada as casas muitas vezes são de papelão, de lona e lá dentro tem um bebezinho”. (E31).*
>
> *“Porque assim: a minha área, ela pega não sei se você conhece ali o rio de Pinhais, então ela beira aquele rio de Pinhais, são todos moradores da beira do rio. Então são taperas mesmo, casas” (E21).*
>
> *São uma série de fatores, né, risco social, que tem muito. [...] Principalmente, porque tem pais, muitos pais que são filhos de traficantes, são filhos de mulheres, vida social, prostitutas.” (E2)*
>
> *“Um dos casos que eu acompanhei desde a gestação, acho que agora a criança deve estar com uns dois, três anos, foi muito difícil porque a gente chegava na casa e toda a família era usuária de droga e traficante, até para gente estar abordando é bem complicado”. (E37)*

A fala E18 descreve a falta de saneamento como um elemento que pode

influenciar na qualidade de vida da criança. Esta declaração corrobora com um estudo que evidenciou que as condições habitacionais influenciam a incidência e prevalência de doenças específicas; e discorre sobre a habitação como um fator socioeconômico que possui implicações sobre a saúde (ARKU *et al.,* 2011). Entre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) a falta de abastecimento de água, de rede de esgoto e de destino do lixo, são elementos que podem influenciar a saúde e o desenvolvimento infantil (CHIESA; WESTPHAL; AKERMAN, 2008; MUSTARD, 2009a; COHEN et al., 2011).

As falas E26, E31 e E21 apontam para a situação de precariedade que muitas famílias sofrem devidos a suas condições insalubres de moradia em muitas cidades. A sobrevivência na área urbana é condicionada fundamentalmente pelo acesso à moradia. Assim como a saúde, a renda e a educação, a habitação é também um elemento essencial que compõe os direitos sociais (CARDOSO, 2001).

Estes dados aludem para as desigualdades geradas pelas iniquidades nas formas de produção e apropriação da habitação e do ambiente urbano pelos diferentes grupos sociais (CARDOSO, 2001). E alude para a rápida urbanização do território brasileiro não simplesmente como um processo demográfico (BRITO; SOUZA, 2005). As baixas condições habitacionais de parte da população brasileira estão em relacionadas com o incremento da urbanização da população, que se converte no "*locus* privilegiado das atividades econômicas mais relevantes e transformam-se em difusoras dos novos padrões de relações sociais, – incluindo as de produção – e de estilos de vida" (BRITO, 2006 p.223).

As baixas condições habitacionais, descritas nas falas E26, E31 e E21, estão relacionadas com a posse da terra e pela dificuldade de acesso à infraestrutura e bens de serviços e consumos que permitam uma qualidade de vida para os habitantes do solo. No entanto, deve-se considerar que a ocupação do solo e sua habitação é fruto de um processo histórico de produção capitalista, caracterizado pela produção privada que alcança somente uma parcela da sociedade, formada pelas classes alta ou média alta que se apropriam das terras que apresentam condições adequadas de acessibilidade às áreas centrais das cidades, assim como melhores condições de infraestrutura (CARDOSO, 2001).

Esta desigualdade está em grande parte ligada ao processo veloz de urbanização de países em desenvolvimento como o Brasil, que se mostrou muito superior à dos países capitalistas mais avançados. A população urbana brasileira

cresceu 7,3 vezes entre 1950 e 2000, passando de 19 milhões para 138 milhões (BRITO, 2006). Esse crescimento excessivo das grandes metrópoles, impulsionado pelas políticas capitalistas, gerou iniquidades na ocupação do solo, restringindo-a a uma parte da população, formando ilhas de desenvolvimento, rodeadas de áreas de ocupação irregular compostas por favelas, cortiços e loteamentos clandestinos (MARICATO, 2008).

As falas E2 e E37 apontam para a situação encontrada das periferias das grandes cidades do mundo, nas quais é significativo o número de famílias com baixo nível socioeconômico, excluídas da produção social e do acesso aos bens e serviços, o que as torna vulneráveis a presenciar a situação de subemprego e a violência com a dominação de narcotraficantes (BERUBE, 2008; DAKIL *et al.*, 2011; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

Os ambientes urbanos frequentemente têm-se mostrado permeados de adversas condições socioambientais, tais como a concentração de pobreza, desemprego, falta de moradia, uso de drogas, assim como a convivência com crime na comunidade (BERUBE, 2008; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).Esta tem sido a situação da saúde da criança em muitos países do mundo. Mesmo muitas nações desenvolvidas, como os Estados Unidos da América, não têm conseguido oferecer proteção física ou cuidados protetores para a sua população infantil (BRAZELTON; GREESPAN, 2002).

Estudos concordam com as falas E2 e E37, quanto ao prejuízo da criança exposta à violência e a outras negligências como o narcotráfico e prostituição. Crianças que vivem em periferias e frequentam escolas com outras pessoas pobres e envolvidas na violência podem sofrer maiores maus tratos do que aquelas que vivem em bairros com níveis sociais mais elevados. A migração e a pobreza estão interligadas nessas situações, o que pode ser aplicado para a cidade, onde os dados desta dissertação foram coletados, que se trata de uma metrópole com iniquidades sociais (KASLOW; THOMPSON, 2008; ONIGU-OTITE; BELCHER, 2012).

4.2.7 Dificuldade de acesso à proteção e promoção social.

O enfermeiro cita como elemento de vulnerabilidade a dificuldade de acesso da criança e de sua família à proteção e promoção social:

[...] mas a questão do desemprego, eu não consigo atuar, então, talvez se tivesse na secretaria um local para a gente referendar essas famílias que estão desempregadas, que não tem nenhuma instrução de nada, para fazer um curso profissionalizante. De repente, iria ajudar bastante, talvez se eles pegassem o foco na época da gestação, que a maioria delas está na gestação desempregada, então a gente tem nove meses para trabalhar, a mulher. De repente, podia fazer um curso profissionalizante nisso tentar ajudar nessa época (E26).

"[...] e o programa do leite que a gente tem pra oferecer, é só a partir dos seis meses, então, é difícil para a gente porque, às vezes, a gente até consegue, um programa de leite que tem na prefeitura mais daí, tem que descrever toda a situação, então são poucas senhas por mês, a gente não consegue inscrever todas as crianças". (E26)

"Em algumas situações, quando a gente vê que realmente é um risco maior, é, nós tentamos através da creche, do CMEI, a gente tenta uma vaga para essa criança, quando há necessidade. Em algumas vezes, a gente consegue sucesso". (E20)

"A gente tem problemas de vagas nas creches [...] aquela criança que a gente sabe que é mais vulnerável, que a gente tendo acesso com as escolas, com as creches, talvez consigamos uma vaga que talvez ela não conseguiria se a gente não estivesse junto e eu acho que isso ajuda bastante". (E36)

[...] tem crianças nossas aqui que está com 4 meses que não tinha registro de nascimento, porque a mãe adolescente também, deixou o documento lá na outra cidade, morava no

> *Mato Grosso, ai não tem documento, ai não registrava a criança, criança agora com 4 meses que foi registrada (E6).*
>
> *[...] quanto mais acesso a informação, quanto mais, maior o nível de escolaridade, melhor a percepção da gestante quanto ao cuidado do RN, do lactente na sequência (E16).*
>
> *"Acesso ao lazer [...] ele precisa de lazer, ele precisa de assistência integral a saúde, facilidade de acessos, que muitas vezes só está no papel do SUS, mas não está na realidade" (E30).*

A proteção social pode ser caracterizada pelo acesso dos cidadãos a serviços e benefícios certificados como direitos, como para um conjunto de programas e ações dirigidos ao enfrentamento de diferentes níveis de privação, risco e vulnerabilidade (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009). Ou pode ser definida como toda ação pública que vise a ajudar indivíduos, famílias e comunidades a gerenciar riscos ou apoiar os mais vulneráveis socialmente (WORLD BANK, 2001).

As falas E26 aludem para situações quando a família não possui acesso a cursos profissionalizantes e à segurança alimentar e nutricional. Isto reflete o baixo invenstimento público nas políticas de proteção social que, embora tenham sido regulamentadas no Brasil por uma legislação específica, ainda recursos escassos têm sido aplicados nesta área. E os programas sociais têm sido focalizados nos pobres, prestados, muitas vezes, por entidades privadas sem fins lucrativos com pouco controle social (VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009).

Hoje no Brasil, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) opera a Proteção Social Básica (PSB), que oferece ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada para as famílias, por meio dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Da mesma forma os serviços de Proteção Social Especial, visam proteger as crianças em caso de: "contingência, necessitando de cuidados especializados em decorrência de deficiência; risco pessoal e social, por ocorrência de violência física ou psicológica; abuso ou exploração sexual e outras" (DIDONET, 2010 p.46).

Embora a Política de Assistência Social esteja sendo desenvolvida em muitos municípios, as políticas sociais têm sido preteridas no estabelecimento do orçamento para este setor. Isto tem ocorrido provavelmente em decorrência da austeridade no gasto público que tem produzido, sérias limitações nas despesas comprogramas sociais nos países subordinados à agenda do ajuste macroeconômico (COSTA, 2009).

As falas E20 e E 36 descrevem a falta de acesso à educação infantil. Neste acesso, destaca-se o desafio ainda presente para a educação pública brasileira: a ampliação, com qualidade, da oferta de vagas em creches públicas, especialmente para as crianças de até três anos de idade (GOMES, 2011). Os dados aludem ao papel da creche, instituição historicamente caracterizada pelo assistencialismo e precaridedade, que tem sido ressignificada como ambiente de cuidado e educação infantil, na perspectiva da criança pequena ter acesso universal à educação em uma perspectiva integral (MARANHÃO; SARTI, 2008; GOMES, 2011).

A educação infantil tem sido valorizada nas últimas décadas por seu papel de promoção do desenvolvimento biológico e cognitivo na primeira infância (MAZZA, 2007; GOMES, 2011). No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, essa valorização está fortemente ligada ao processo de urbanização da população e à crescente participação das mulheres no mercado de trabalho (GOMES, 2011).

No entanto, estudo mostra que o acesso das crianças de 0 a 3 anos à creche era, em 2007,muito pequeno no Brasil, sendo sua taxa de frequência de apenas 17,1% (CASTRO, 2009). Considera-se esse percentual baixo quando se confronta com as metas do Plano Nacional de Educação (PNE), que previa uma cobertura de 30% para 2006,embora a população nesta faixa etária tenha crescido de forma intensa anualmente (GOMES, 2011). Existe ainda, grande desigualdade do acesso às creches entre as crianças da zona urbana e rural; entre as brancas e pretas ou pardas; e entre as oriundas de famílias mais pobres e mais ricas (CASTRO, 2009).

Em Curitiba, segundo o Censo de 2010, vivem cerca de 107.919 crianças menores de 5 anos, que teriam direito de acesso à educação infantil. No entanto, nota-se que somente 52% (57.870 matrículas) deste universo está matriculado em alguma instituição: seja pública 28% (31.219 matriculas), seja privada 24% (26.651 matrículas) (IPARDES, 2012). Essa situação apresentada remete aos baixos

investimentos para ampliação do acesso da educação para todas as crianças, assim como da ocupação do espaço estatal pela iniciativa privada. Embora professe proteger a criança, percebe-se que os direitos fundamentais para a infância são violados pelo Estado, adequado aos ajustes macroeconômicos, que orienta os investimentos em educação.

A evocação E6 se refere a um problema ainda presente na vida de muitas crianças na sociedade brasileira: não ter um registro de nascimento. Além de estabelecer as relações entre cidadão e Estado, permite que a criança tenha acesso aos documentos essenciais como registro geral, cadastro de pessoas físicas, etc. (DIDONET, 2010). Tal situação denota a precariedade das políticas de cidadania, que se mostram ainda ausentes da vida de muitas crianças e aponta para as falhas do poder público em garantir a proteção integral da criança (BAZON, 2008)

Na fala E16, o entrevistado remete ao direito à informação, que permite o fomento ao exercício da cidadania crucial ao exercício completo do conjunto dos direitos de cidadania e, por isso, um fator incontestável no processo democrático. Isto permite considerar a necessidade de políticas de proteção à criança, que busquem garantir sua inserção na cidadania, e ampliem a informação a todas as famílias, incrementando sua capacidade de tomar decisões (GENTILLI, 2002).

O discurso E30 descreve as condições precárias de acesso ao lazer que os cidadãos ainda enfrentam nas periferias das grandes cidades. Considerando que a luta pela saúde está condicionada à melhoriada qualidade de vida da população, percebe-se que as desigualdades sociais deterioram as condições de vida das comunidades, aumentando os riscos para sua saúde e diminuindo os recursos de enfrentamento (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Este dado se refere ao direito de todas as crianças ao descanso e ao lazer, assim como o de participar de atividades de jogo e recreação apropriadas à sua idade e participar livremente da vida cultural e das artes (DIDONET, 2010).

Para a criança, essa qualidade de vida está relacionada com o brincar como atividade que pode propiciar o bem-estar emocional e estimular o contato com o mundo e com as pessoas, por meio dos órgãos sensoriais. Mesmo sendo uma atividade humana muito antiga, o brincar tem sido danificado na vida contemporânea, por diversas situações adversas relativos à divisão do tempo entre trabalho e lazer, pelas condições precárias de moradia, e pela dependência do consumo de produtos sofisticados para a recreação (CHIESA, 2005).

Entende-se que o acesso da criança ao lazer pode lhe trazer maior qualidade de vida; entretanto grande número delas não possui acesso a um local para brincar, recrear, ficando muitas vezes nas ruas, expostas ao narcotráfico, à violência, e ao abandono. Reitera-se que o poder público precisa investir na construção de espaços de lazer em todos os bairros das cidades, não somente nas regiões privilegiadas ou centrais.

Tais situações apontam para um paradoxo no Brasil: de um lado a legislação e o discurso oficial do Estado mostrando preocupação com o bem-estar das crianças, e por outro lado o baixo investimento que compromete a cobertura dos serviços de proteção à criança em todas as situações de vulnerabilidade.

4.3VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Nesta dimensão, foram agrupadas as seguintes categorias, descritas na figura 7:

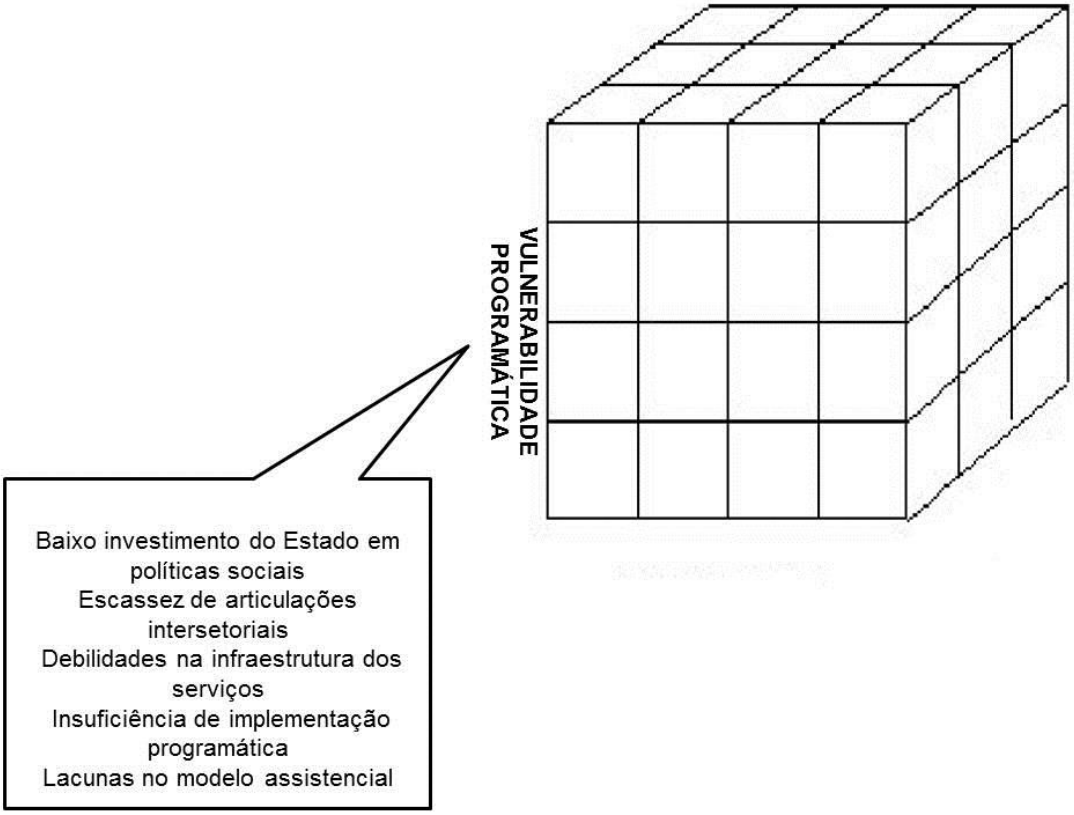


FIGURA 7 – CATEGORIAS EMPÍRICAS DE ACORDO COM A DIMENSÃO PROGRAMÁTICA DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA
FONTE: O AUTOR, 2012. A REPRESENTAÇÃO GRÁFICA FOI ADAPTADA DE AYRES, PAIVA E FRANÇA JÚNIOR (2011).

4.3.1 Baixo investimento do Estado em políticas sociais

No discurso, os enfermeirosalegamque o desenvolvimento infantil pode ser obstaculizado pelo baixo investimento do Estado no apoio e implementação às políticas de saúde, educação e segurança pública:

> *"Para mudar é um trabalho a longo prazo sabe, eu acho que tem que começar lá de cima, governo tem que dá mais atenção à saúde, mais atenção à educação, a gente aqui faz a nossa*

> *parte, nós fazemos a nossa parte, sabe, a gente cuida das crianças, a gente zela por elas, mas acho que o governo tem que fazer mais, é toda uma rede." (E34)*

> *"O Estado tem agir como agiu lá no Rio de Janeiro, entrar dentro destas comunidades, estabelecer ordem,* instalar-se, *e coordenar, organizar. Se o Estado, se a segurança não entrar aqui não tem o que fazer". (E7)*

O discurso E34 aponta para o baixo gasto em políticas sociais como saúde e educação, que é uma consequência da centralização e insulamento político docontrole da política macroeconômica, particularmente no que concerne às decisões referentes aos gastos públicos e à política monetária,com subordinação das políticas sociais a esses ditames (ABRUCIO; COUTO, 1996; CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Em vez de um Estado próximo à vida dos cidadãos, que promova a equidade social, o enfermeiro assinala o Estado que se ausenta da vida do cidadão e descentraliza as responsabilidades de executar as políticas de saúde, educação, segurança pública, saneamento, habitação, transporte público, etc. E por outra via, não garante o orçamento para cumprir seus compromissos governamentais (ABRUCIO; COUTO, 1996).

Tal situação indica que a simples oferta de serviços e produtos médicos não é suficiente para proteger a saúde da população, devendo esta ser garantida mediante políticas econômicas e sociais e pelo acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (FEUERWERKER, 2005; FERRAZ, VIEIRA, 2009).

Embora muitos países no mundo, como Cuba, Suécia e Austrália, tenham se comprometido para estabelecer mecanismos governamentais que garantam a política de coesão para o desenvolvimento infantil na primeira infância (MUSTARD, 2008; MUSTARD, 2009a), no Brasil, ainda se verifica os baixos investimentos em gastos sociais (saúde, educação, etc.), devido à perspectiva neoliberal hegemônica, que tem induzido a redução do desequilíbrio fiscal, criado condições macroeconômicas sustentáveis e centrado esforços em diminuir a participação do setor público na sociedade atual (ABRUCIO; COUTO, 1996; CRUZ NETO;

MOREIRA, 1999; SOARES; COSTA, 2011).

Conquanto possua um sistema universal de saúde, o Brasil é um dos países emergentes que menos gasta em saúde. No ano de 2010, o gasto em saúde brasileiro foi de 7% do Produto Interno Bruto (PIB), (sendo este 58% gasto privado e 42% gasto público). Se comparado com outras nações análogas, vê-se que China e África do Sul (12%) e Indonésia (8%), gastam mais com a saúde do que o Brasil, ficando somente a Índia (4%), com menor investimento no setor (*COUNTDOWN TO 2015: TRACKING PROGRESS IN MATERNAL, NEWBORN & CHILD SURVIVAL*, 2008; CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012).

Na fala E7, o enfermeiro indica a falta de segurança pública na periferia como um elemento da vulnerabilidade, que deve ser entendido a partir de um modelo de expansão da cidadania mediante um forte componente de coerção, expressão da principal relação entre Estado e população segregada nas periferias urbanas (FLEURY, 2012).

A relação do poder estatal com as comunidades periféricas foi estabelecida a partir da inexistência de bens e serviços públicos nessas regiões, e da invisibilidade social construída por meio da negação de sua existência. Historicamente essas populações foram formadas por analfabetos, negros e migrantes, e sempre identificadas com a marginalidade. Em vez de buscar sua evolução social, o Estado, inspirado em ideologias desenvolvimentistas, buscou estabelecer políticas de remoção dessas comunidades e de criminalização de seus moradores (ADORNO, 2002; FLEURY, 2012).

4.3.2 Escassez de articulações intersetoriais

O enfermeiro relata que existe escassez nas articulações intersetoriais para a promoção do desenvolvimento infantil:

> *“Eu não sei se a Prefeitura não tem uma verba, alguma coisa, a gente teria que criar parcerias com empresas, alguma coisa assim, eu acho, e a gente tem planos assim, sabe, também, que sozinho a gente não consegue”. (E32)*

> *“Que eles [outros setores] realmente fossem ativos nas*

> *participações nestas reuniões, e a gente se sentisse apoiado, e não no sentido que você vai para a reunião da rede de proteção, você tem crianças lá que realmente precisam ser acompanhadas e a impressão que você tem lá que o único órgão que existe nesse momento é a saúde (E8).*

> *"Quando você, implementa um cuidado, quando você faz todo um levantamento do histórico daquele RN, daquele lactente, que você observa que existe algumas lacunas que não podem ser cobertas, que está fora do nosso alcance [...] nós precisamos [...] de uma ação conjunta, tanto dos gestores municipais, quanto a área de saúde, a área de educação e a área de segurança" (E16).*

As falas E32, E8 e E16 remetem para a ineficácia das ações intersetoriais em repercutir no cuidado à saúde da criança. Embora tenha sido discutida em grande parte da sociedade, ainda não foi possível uma articulação de diferentes setores e áreas dos saberes que se responsabilizem pelo desenvolvimento na primeira infância e garantam a integralidade no cuidado à criança. Tal política de Estado deveria ser uma plataforma de governo que se sustentasse e se articulasse para promover o bem estar das pessoas e da comunidade (CHIESA, 2005; FROTA *et al*., 2010).

Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como projeto que demanda o agir intersetorial que procura envolver vários orgãos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas da criança (SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2010). Esta visão de cuidado busca superar a noção de saúde como atribuição exclusiva do setor saúde e remete para uma ação intersetorial "no contexto das políticas sociais e de participação da população no processo das decisões e controle das condições de saúde do indivíduo e da coletividade" (MEIRELLES; ERDMANN, 2005 p. 417).

4.3.3 Debilidades na infraestrutura dos serviços

O enfermeiro relata as debilidades na infraestrutura dos serviços, que são

caracterizadas pela falta de recursos humanos e de capacitação dos mesmos e pela estrutura pequena dos estabelecimentos de saúde:

> *“Eu gostaria, de fazer oficina de brinquedo educativo com eles mais, daí, como é que eu vou fazer oficina de brinquedo educativo, se aqui minha colega está se matando atendendo uma emergência, a outra atendendo uma fila de trinta pacientes, então não dá para fazer isso”. (E17)*

> *“Mas nós temos o problema quando se fala na unidade toda, nós temos uma equipe, que nunca foi completa, não tem médico, não tem enfermeiro, então, fica uma situação assim, mais difícil”. (E23)*

> *“Capacitações? Infelizmente hoje, nossa rede tem muito pouca capacitação, no desenvolvimento infantil, só se fala em, gestante, gestante, gestante, mais as crianças tem sido deixada de lado, gestante, hipertenso, doenças crônico-degenerativas e desenvolvimento da criança no geral não só da criança pequena, mais da criança maior também, que as vezes acaba sendo esquecida um pouco, porque passou os anos e os problemas ai ficam um pouco mais espaçados, só que as vezes acabam esquecendo de capacitações, doenças comuns da infância, como acompanhar, orientar a família”. (E18).*

> *“O posto aqui, nós temos uma estrutura, muito pequena, acho que você deve ter percebido e hoje você chegou num horário que está até tranquilo na sexta-feira, mas de manhã isso aqui é uma loucura, a gente não consegue fazer nada, porque é muita gente [...] então a gente não consegue nem proporcionar um atendimento, de educação aqui dentro, por causa da falta de estrutura também”. (E38)*

As evocações E17 e E23 estão relacionadas com a situação de

precariedade e sucateamento que grande parte do serviço público vem sofrendo no Brasil. Embora o Sistema Único de Saúde tenha tido avanços dentro da perspectiva jurídico-política, deve-se considerar que as reformas macropolíticas do Estado, ocorridas na década de 1990, influenciaram de forma relevante a política de saúde e suas diretrizes para a contratação e formação de recursos humanos. Nesse período, muitos avanços e retrocessos na área de recursos humanos em saúde, foram resultantes do embate entre os elementos teórico-conceituais e político-ideológicos do projeto reformista com as necessidades da implementação do SUS (PIERANTONI, 2001; NORONHA; SOARES, 2001).

Nas estimativas mais recentes, 53 dos 68 países prioritários do Projeto *Countdown to 2015* têm uma densidade nacional de médicos, enfermeiros e parteiras abaixo do limite mínimo (23 por 10.000 habitantes) estabelecido pela Organização Mundial de Saúde. Este é para os países obterem as taxas de cobertura adequadas para prestar cuidados e intervenções em saúde materna, neonatal e infantil (GUPTA et al., 2011).

No entanto, neste estudo o Brasil está classificado com densidade de 81,8 profissionais por 10 mil habitantes. Um nível bem mais elevado, se comparado com outros países de dimensão demográfica e econômica semelhante à brasileira: África do Sul – 48,5; México – 39,8; China – 28; Indonésia - 23,3 e Índia – 19 (*COUNTDOWN TO 2015: TRACKING PROGRESS IN MATERNAL, NEWBORN & CHILD SURVIVAL*, 2008; GUPTA et al., 2011).

Estas informações corroboram com as falas E17 e E23, evidenciadoras que as limitações para provimento de recursos humanos têm sido um desafio não somente para as autoridades brasileiras, mas em muitas nações em desenvolvimento ao redor do mundo. Na maioria desses países,os recursos humanos têm-se mostrado insuficientes e sua mão de obra incapacitada para prestar cuidado em saúde tanto na área pública, como nos serviços clínicos primários, secundários e terciários (NARASIMHAN, *et al*. 2004; GUPTA et al., 2011).

Embora o Brasil esteja com número acima da média dos países em desenvolvimento, os recursos humanos não são distribuídos de forma equânime em todo o território nacional, havendo ainda falta de profissionais em muitas regiões (Norte e Nordeste), e concentração de mão-de-obra em regiões mais desenvolvidas (Sudeste e Sul), onde os salários e condições de trabalho são mais atrativas (NUNES *et al.*, 2001).

As falas E6 e E18 apontam para as falhas que os gestores têm cometido em capacitar e motivar os seus recursos humanos. Para se ter qualidade no cuidar em saúde, é necessário que os trabalhadores do sistema sejam envolvidos com a metas, visão e missão para com a população, e estimulados a exercer seu trabalho com entusiasmo, criatividade e motivação (KURCGANT; TRONCHINI; MELLEIRO, 2006).

Esses dados aludem ao processo de gestão de recursos humanos, que necessita ser desenvolvido pelos sistemas de saúde, a fim de que os profissionais que os compõem sejam aptos e qualificados para desempenhar as ações de saúde, com ênfase nos princípios do SUS e direcionados para a atenção integral à saúde da criança (GIL, 2005).

As formatações dos sistemas de saúde, com suas características e particularidades,demandam que os profissionais sejam constantemente atualizados e recebam uma base de conhecimentos interdisciplinares sólidos (MENDONÇA; MARTINS; GIOVANELLA, 2009). Nota-se que, em vez de capacitações e valorizações para os profissionais da saúde, ainda os sistemas falham em não incrementar a participação, capacitação e o envolvimento dos profissionais das unidades, que pode prejudicar o alcance de um cuidado de qualidade (KURCGANT; TRONCHINI; MELLEIRO, 2006).

Nas sentenças E4 e E38, o enfermeiro se refere à precarização de estrutura física que muitos equipamentos de saúde se encontram. São muitos os problemas desses estabelecimentos, desde a propriedade dos imóveis, a falta de legalização de terrenos e a falta de espaço físico para a execução de todas as ações necessárias (NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011). A reestruturação das unidades de saúde, ainda se conforma como um grande obstáculo para a melhoria do atendimento em saúde, e a maioria dos municípios não possui recursos suficientes para a execução desses empreendimentos (BODSTEIN, 2002; NASCIMENTO; SANTOS; CARNUT, 2011).

4.3.5 Insuficiência de implementação programática

O enfermeiro relata que o sistema de saúde tem sido insuficiente para implementar ações programáticas para a atenção e proteção à criança:

> *“Se nós tivéssemos feito essa captação anterior, se nós tivéssemos conseguido pegar essa gestante antes, se nós tivéssemos conseguido vinculá-la no pré-natal, inserí-la num programa social, como um caso independente, tentar tirá-la das drogas, antes desse bebê nascer e aí fosse descoberta essa doença”. (E1)*

> *“Eu acho na verdade que, na verdade, na verdade, a gente não tem um programa da criança ainda ‘funcionante’ na Secretaria. A gente tem ele no computador mais, ele não permite para a gente fazer esses registros. Eu acho assim que a secretaria na verdade ela se preocupa muito com as crianças até um ano de idade, é óbito infantil, é visita de DN, mas as crianças depois de um ano elas estão meio que abandonadas. Eu acho que a secretaria, deveria investir mais nas crianças até cinco anos pelo menos”. (E26)*

> *“O que eu gostaria de fazer e não consigo, o que eu gostaria é sim que nas reuniões da rede de proteção, que realmente as crianças que estão na rede são crianças que realmente precisam de acompanhamento, ou que tem um problema com o pai ou com a mãe, ou com os avôs e que são crianças extremamente complicadas, que realmentea rede de proteção funcionasse com os órgãos que foram preparados, que foram citados no protocolo”. (E8)*

A fala E1 está relacionada com as falhas de captação, pelos sistemas de saúde, das gestantes para o devido início precoce da atenção pré-natal. Sua efetividade permiteo acesso da gestante a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversos agravos, assim como o devido monitoramento do crescimento fetal e de outras intercorrências, agregando mais segurança para a mãe e para a criança (WILDMAN *et al.,* 2003; KIRKHAM; HARRIS; GRZYBOWSKI, 2005; BEECKMAN; LOUCKX; PUTMAN, 2011; DOMINGUES *et al.,* 2012).

As ações programáticas de pré-natal foram implantadas, visando a

humanizar o atendimento, garantir o atendimento integral ao binômio mãe-filho, diminuindo consequentemente a mortalidade materna e perinatal. No entanto, apesar das melhorias dos indicadores de atenção pré-natal no Brasil, ainda se verifica que alguns sistemas locais de saúde falham nas implementações das ações de pré-natal, pelo baixo número de consultas, pela captação tardia da mulher, pela não socilitação de exames de rotina e pela não estratificação de risco gestacional (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; DOMINGUES *et al.,* 2012).

Historicamente, a cidade de Curitiba tem tido um protagonismo relevante na assistência pré-natal com a implantação de protocolos de cuidado desde o ano de 1979. Dos anos 2000 em diante, a Secretaria Municipal de Saúde implementou o Programa Mãe Curitibana, que tem apresentado resultados expressivos na cobertura pré-natal, pois somente cerca de 2% das mães tiveram menos de 4 consultas no período pré-natal, assim como os indicadores de impacto – mortalidade materno-infantil tem tendência de queda (Ver item 3.1 – Local do estudo – Figura 2) (CARVALHO; NOVAES, 2004; CURITIBA, 2010).

Ao reconhecer a ausência de programas adequados para a primeira infância no sistema municipal de saúde, o enfermeiro aponta, na fala E26, para a situação não satisfatória de investimentos em ações de saúde para atender às demandas dessa faixa etária, embora muitos estudos demonstrem inequivocamente a importância da atenção nos primeiros anos de vida (MUSTARD, 2008; SHONKOFF, 2010). Existem evidências que as condições de vida, oportunidades e disparidades existentes entre diferentes grupos socioeconômicos no Brasil, condicionam o desenvolvimento infantil (BARROS *et al*., 2010).

O Programa Municipal de Atenção à Saúde da Criança preconiza o atendimento às crianças de 0 a 24 meses (CURITIBA, 2010). Contudo entende-se que a idade limite para o atendimento à criança na Prefeitura deveria ser extendida durante toda a primeira infância (até os 3 anos), visando acompanhar e avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor e realizar intervenções necessárias para a promoção da saúde da criança (MUSTARD, 2008; SHONKOFF, 2011).

Dentro do contexto da saúde da criança e do desenvolvimento infantil, as ações programáticas, para se alcançarem resultados satisfatórios, são necessários modelos assistenciais que visem a garantir o atendimento à criança no nível primário de atenção, e sistematize o atendimento clínico e integre ações curativas com medidaspreventivas e de promoção da saúde (CHIESA, 2005; PRADO;

FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007; COSTA *et al.* 2011).

Enfim, quando o enfermeiro descreve na fala E8, que existem falhas na implementação da rede de proteção, o mesmo alude para a situação de dificuldade em agir intersetorialmente, já discutida na categoria anterior. Em muitos casos, a criança tem sua situação de vulnerabilidade identificada, e em muitos casos não pode ser protegida, por entraves que permeiam o trabalho em rede: ausência de local para abrigar crianças que tenham sido retiradas de seus responsáveis, falta de profissionais para o atendimento, falta de notificação, e pouco envolvimento de membros da rede de proteção, inclusive os profissionais da saúde (NJAINE*, et al.* 2007; LIMA *et al.,* 2011).

Tal situação indica ser necessário que seja fortalecida a rede de proteção à criança e ao adolescente vítimas de violência, com compromissos assumidos pelos gestores, profissionais e sociedade civil organizada (NJAINE, *et al.* 2007). O desenvolvimento infantil demanda que todas essas ações sejam de fato implementadas pelos sistemas de saúde e de outros setores da sociedade (CHIESA, 2005).

4.3.4 *Lacunas no modelo assistencial*

O enfermeiro descreve que existem lacunas no modelo assistencial no cuidado à criança, que são definidas pela ausência de equidade, integralidade e de multi e interdisciplinaridade:

> *“Procurar, eu procuro cuidar melhor, ouvir eles* [os familiares da criança]*, também a gente tem que ouvir eles, o que são os sonhos deles [...] ouvir mais essas pessoas, porque as vezes eles vem aqui por algum motivo, tão revoltados, a gente, manda embora, não ouve direito até” (E15).*

> *”Porque que aquela paciente tá com disúria, sempre você da antibiótico, não adianta, tem que investigar, será que ela tem saneamento básico em casa? [...] será que essa criança vive com anemia, porque ela tem alimentação adequada, pra eu não ter que viver sempre dando sulfato ferroso pra ela, ela tem uma*

alimentação digna que tenha, nutrientes pra isso? [...] para você fazer saúde coletiva, você tem que se colocar no lugar do outro". (E30).

"Porque demora muito tempo, uma criança que precisa de fono, precisa de oftalmologista, precisa de otorrino, são especialistas muito difíceis, que nós não temos na área, é muito complicado a gente entrar na fila e esperar um ano uma criança desta para o desenvolvimento, e geralmente é um ano ou dois anos para sair uma consulta especializada para gente poder dar sequência no andamento, de um tratamento, a gente não tem isso, não tem infelizmente". (E2).

"Essa demanda que a gente tem reprimida, consome a gente aqui dentro, aquela demanda que eu já te falei que é curativista, que, quer o médico para ontem, que não espera, que a gente não trabalha promoção e prevenção, então muitas coisas que eu não consigo fazer" (E38).

"[...] encaminha naquilo que a gente pode encaminhar que não precisa do médico [...] a gente conseguia encaminhar para pediatria, nós enfermeiros, agora não, precisa do encaminhamento médico". (E4)

"Normalmente, eu indico logo uma consulta [para a criança] com a nossa médica da área, justamente pra, se for o caso de encaminhar pra uma Psicologia, Neurologia, que o único que pode encaminhar para esse serviço é a nossa médica". (E13)

"Eu gostaria de, que, que o Ministério da Saúde, sei lá, a Prefeitura, o Programa da Saúde da Família, desse mais autonomia para o enfermeiro, eu gostaria que muitas vezes a, eles não fossem discriminatórios, o poder que o médico tem, dentista tem e o enfermeiro não tem, o nutricionista não tem, o

> *psicólogo não tem, o fisioterapeuta não tem e todos nós somos nível superior, estudamos, talvez o médico estudou um pouco mais, teve uma especialidade, o médico pode fazer diagnóstico médico, mais eu posso fazer diagnóstico de enfermagem, intervir em cima daquilo ali". (E30)*

Nas falas E15 e E30, o enfermeiro alude à equidade, dentro da perspectiva da escuta ativa das necessidades dos usuários nas unidades de saúde. Esse processo de trabalho é necessário na atenção primária à saúde, considerando que esses serviços devem organizar-se de forma singular e apropriar-se, recombinar, reorganizar e reordenar os recursos existentes para satisfazer às necessidades e demandas da comunidade (OLIVEIRA *et al*. 2012).

Esta compreensão traz à tona que a escuta ativa e o acolhimento às crianças e familiares devem ser realizados pela equipe de saúde, dentro de uma perspectiva que garanta continuidade e coordenação daatenção.E essa mudança no modelo deve produzir o vínculo entre os profissionais e usuários por meio de uma postura acolhedora e humanista, garantindo os direitos, tanto da criança, como de seus familiares (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010).

No entanto, o que se tem notado nos serviços de atenção primária, em vez de uma postura acolhedora, acham-se profissionais com suas atividades assistenciais direcionadas para a doença e não para o ser humano que ali se encontra; não para a qualidade do atendimento, mas para a quantidade de procedimentos realizados. Isso tem dificultado a formação de vínculos e equidade nas ações (STARFIELD, 2002).Tal situação remete para que os Sistemas de Saúde invistam na capacitação e motivação de seus profissionais e busquem gerenciar esse processo de cuidar, visando a resultados satisfatórios de saúde.

As evocações E2 e E38 apontam para a necessidade da prática do conceito de integralidade nas ações de saúde. Segundo Chiesa (2005 p.5 e 10), o acesso da população aos serviços de saúde "implica garantir a possibilidade dos cidadãos usufruírem os diferentes recursos tecnológicos a partir das condições clínicas e epidemiológicas", assim como a articular os "diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, exigindo a formalização de sistemas de referência e contrareferência para a continuidade do atendimento".

Esses conceitos descritos se referem à capacidade dos programas em

atender às necessidades materno-infantis, por meio da reorganização da atenção primária e da reformulação do modelo assistencial hegemônico e biomédico. As ações programáticas necessitam ter como sua finalidade, as necessidades e a qualidade de vida do usuário e não simplesmente os procedimentos em si mesmos, sendo orientados por uma lógica predominante na cura, no indivíduo, e na produção de procedimentos médicos (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007; COSTA*et al.* 2011).

Embora o SUS deva atender às necessidades das crianças, advindas de quaisquer dos níveis de complexidade do sistema, nota-se que ainda, muitas ações de saúde ainda estão distantes para o acesso do usuário, como foi citado acima, especialidades que deveriam estar disponíveis, demandam espera de mais de um ano, causando prejuízos no seu estado de saúde (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Destarte, os sujeitos apontam que em vez de um cuidado integral a ser prestado na unidade, a equipe ainda vivencia uma situação de dicotomia entre ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, e sem haver na maioria dos casos, ações que visem a satisfazer integralmente às necessidadesrelacionadas à promoção e recuperação da saúde (CHIESA, 2005; PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Assim, assentenças E4, E13 e E30 estão relacionadas com a forma de trabalho configurada pela relação concomitante entre múltiplas intervenções técnicas e a interação de diversos profissionais, que é necessária afim de se superar a ênfase na especialidade e no trabalho do médico, como único saber em saúde (MARQUES *et al*., 2007).

Os dados aludem para as dificuldades de se converter o modelo de atenção primária à saúde, por meio da ação inter e multidisciplinar, fundamentada nos princípios do SUS, com a substituição de práticas convencionais de atenção e a inclusãode novas práticas voltadas para a família e a comunidade, a fim de se influenciar os determinantes sociais do processo saúde-doença (CHIESA, 2005; ESCOREL *et al.*, 2007; COSTA *et al.,* 2011).

Embora a Estratégia Saúde da Família esteja formatada para o trabalho inter e multidisciplinar, nota-se nas falas dos sujeitos que ainda não há um trabalho totalmente descentralizado para a equipe de saúde da família, com definição de competências e corresponsabilidades entre seus membros. Ao contrário, há uma

centralização do cuidado na figura do médico e na doença, sem levar em consideração a importância do cuidar compartilhado entre os profissionais das equipes (CHIESA, 2005; MARQUES et al., 2007; PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

4.4 SÍNTESE

Buscou-se nesta seção, apresentar a síntese da compreensão do enfermeiro e as lacunas nelas existentes a partir das suas falas. Na Figura 8, apresentada no fim deste tópico, estão descritas as categorias empíricas, as categorias analíticas e as lacunas encontradas na leitura dos dados agrupados segundo as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade da criança.

Na dimensão individual da vulnerabilidade, o enfermeiro reconhece a influência de elementos de ordem afetiva, comportamental, cultural e subjetiva nos vínculos familiares e no cuidado e proteção da criança. Existe nos discursos, um olhar para a influência da legalização do estado conjugal dos pais e um excesso de responsabilização do papel feminino, no cuidado da criança. A mãe, muitas vezes é culpabilizada pelas situações adversas ao desenvolvimento infantil, e o homem é pouco citado como corresponsável pelos filhos. Sendo também abordado o potencial destrutivo da toxicodependência sobre as famílias e em especial para as crianças.

O enfermeiro traz uma visão da família organizada com a legalização do estado conjugal e que na sua falta há influencia sobre a qualidade do cuidado da criança, sem referir-se aos novos modelos de família instituídas por outros laços para além da legalização civil possível. Nesta visão, não traz a correlação da expressão dos desgastes individuais dos elementos desta dimensão da vulnerabilidade aos reflexos da sociedade capitalista, à desigualdade de gênero e à insuficiência de uma rede social de apoio.

Na dimensão social, o enfermeiro compreende a escolaridade baixa, a falta do emprego e sua precariedade, as condições de infraestrutura urbana, a presença do narcotráfico e da criminalidade, e a dificuldade de promoção social como elementos que causam iniquidade na inserção social da família. Estes elementos dificultam as condições materiais em prover a subsistência e o cuidado à saúde da criança e sua cidadania.

O enfermeiro alude à precariedade da inserção social da família sem fazer relação desta com a falta de universalidade no acesso à educação e com as

políticas macroeconômicas que aumentam o desemprego e a exclusão social. Aborda também sobre as iniquidades de ocupação do solo sem associar tais situações com a posse desigual da terra e a migração da zona rural para os centros urbanos; e menciona a presença de áreas dominadas pelo narcotráfico e a criminalidade sem confrontar o problema da violência e da toxicodependência como um reflexo da escassez de políticas públicas de prevenção a esses agravos. Da mesma forma, trata da situação da dependência de drogas como uma questão policial e não como um problema de saúde pública.

Na dimensão programática, o enfermeiro alude para as questões orçamentárias, institucionais, administrativas e assistenciais que podem influenciar o processo de cuidado em saúde e as ações de promoção do desenvolvimento infantil. Havendo a compreensão de que os sistemas de saúde também possuem dificuldades a serem superadas e que existem problemas para se atender adequadamente as necessidades da criança.

Apesar de o enfermeiro ter identificado em suas falas, as fragilidades e deficiências no Sistema Único de Saúde, ele não menciona que estas estão relacionadas com os ajustes macroeconômicos e a reforma do Estado brasileiro, que preconizam o baixo gasto em políticas sociais e a priorização de *superavit* primário e pagamento de juros da dívida pública. Assim como, não identifica que, além da questão do financiamento, ainda há uma considerável ineficiência e ineficácia na gestão da saúde, o que gera resultados que não respondem às necessidades da população.

Destarte, percebe-se que muitos dos elementos da matriz analítica proposta na revisão da literatura, não foram mencionados pelos sujeitos deste trabalho; o que demanda a realização de novas pesquisas que venham explorar e investigar sobre esta temática, devido à limitação de tempo e de escopo desta dissertação.

VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA		
INDIVIDUAL	**SOCIAL**	**PROGRAMÁTICA**
CATEGORIAS ANALÍTICAS		
Laços afetivos para com a criança **Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil** **Estabelecimento de limites, organização e expectativas** **Experiências ao desenvolvimento infantil** **Acompanhamento pré-natal** **Cuidado à saúde e prevenção de agravos à criança** **Padrão alimentar à criança** **Exposição a agentes ou situações danosos**	**Nível de escolaridade dos cuidadores** **Nível de escolaridade e qualificação profissional do chefe da família** **Acesso ao trabalho** **Renda familiar per capita** **Condições habitacionais da família** **Acesso à saúde** **Acesso às instituições sócio-educacionais** **Acesso à proteção social básica e especial** **Acesso à cidadania** **Acesso à recreação, lazer e cultura** **Acesso à igualdade de raça, gênero e crença religiosa** **Acesso à participação política**	**Compromisso político** **Sustentabilidade institucional e material das políticas** **Recursos humanos e materiais** **Definição de políticas específicas ao desenvolvimento infantil** **Atividades intersetoriais** **Responsabilidade social e jurídica dos serviços** **Controle social do planejamento e execução das políticas** **Disponibilidade de programas de atenção à saúde materno-infantil** **Rede de proteção à criança** **Integralidade da atenção** **Equidade das ações** **Ações multi e interdisciplinares** **Capacidade tecnocientífica dos profissionais** **Compromisso e responsabilidade dos profissionais**
CATEGORIAS EMPÍRICAS		
Elos familiares fracos, Toxicodependência e violência **Juventude materna** **Doença Materna** **Dificuldades de prover cuidado**	**Precariedades na inserção social da família** **Iniquidades na ocupação do solo** **Dificuldade de acesso à proteção e promoção social**	**Baixo investimento do Estado em políticas sociais** **Escassez de articulações intersetoriais** **Debilidades na infraestrutura dos serviços** **Insuficiência de implementação programática** **Lacunas no modelo assistencial**
LACUNAS NA COMPREENSÃO DA VULNERABILIDADE		
Novos modelos de família **Desgaste da família na sociedade capitalista** **Desigualdade de gênero** **Rede social de apoio insuficiente**	**Falta de universalidade da Educação** **Posse desigual da terra** **Migração** **Escassez de políticas públicas de prevenção à violência e toxicodependência**	**Ajustes macroeconômicos** **Reforma do Estado** **Baixo gasto público em Saúde** **Gestão ineficaz do Sistema Único de Saúde**

FIGURA 8 – SÍNTESE DA VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA: CATEGORIAS ANALÍTICAS, EMPÍRICAS E AS LACUNAS ENCONTRADAS NA COMPREENSÃO DO ENFERMEIRO
FONTE: O AUTOR

5. CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu, dentro da perspectiva hermenêutica crítica, compreender a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança a partir do discurso do enfermeiro da ESF, que a concebe para além da dimensão individual e biológica, identificando elementos de cunho contextual e programático. Nota-se nos dados as situações crônicas de saúde como violência, toxicodependência, etc., que refletem o processo de transição epidemiológica ocorrido na sociedade atual que foram referidas pelo enfermeiro. Embora sua ênfase na dimensão individual da vulnerabilidade remeta para uma formação profissional ainda centrada no modelo biologicista e no risco.

O enfermeiro relata a expressão de processos individuais que são reflexos da sociedade pós-moderna e compreende esta relação sociedade-família como uma situação adversa ao desenvolvimento infantil. Para ele, o desenvolvimento de uma criança exprime a organização de sua família e consequentemente a organização da sociedade.

Esses processos individuais podem ser apreendidos como uma expressão do processo saúde-doença da família, que manifesta as suas limitações no cuidado à criança, e a necessidade de uma sociedade solidária que busque compartilhar seus recursos para o bem-estar de todos os cidadãos. Estas demandas evidenciam que ainda existem limitações na estrutura social e estatal para proporcionar às famílias as condições necessárias para a proteção e cuidado à criança.

Essas limitações apontam para a práxis do enfermeiro, que expõe aspectos presentes em seu cotidiano de trabalho, indicando que embora profira seu desejo de cuidar das crianças, muitas situações adversas o mantêm em uma posição de passividade diante de situações de âmbito estrutural, que estão fora de seu controle e resolução.

Esta pesquisa tem suas restrições de alcance da realidade, considerando que foi elaborada com dados qualitativos, que são evocações de pessoas, e nem sempre refletem a realidade em sua totalidade. Reconhece-se a premência da realização de novas pesquisas que objetivem a construção de ferramentas de intervenção que possam subsidiar o enfermeiro na promoção da saúde e do

desenvolvimento infantil. E de outras que busquem o avanço na estruturação do conceito de vulnerabilidade no campo do desenvolvimento infantil, podendo transformar este conceito em variáveis a serem observadas e analisadas no processo de cuidado à criança.

Ao utilizar a vulnerabilidade em seu cotidiano profissional, o enfermeiro e a equipe de Saúde podem analisar criticamente as suas práticas com vistas à integralidade da atenção e à complexidade da concepção de saúde. E sua aplicação no cuidado à criança permite a reorientação do modelo assistencial, com a superação do conceito biologicista e fragmentado de desenvolvimento infantil.

O produto final da operacionalização da vulnerabilidade deve ser a superação do modelo probabilístico de diagnóstico em saúde para um olhar direcionado às necessidades específicas dos sujeitos e comunidades. Contudo, depreende-se que, além dessa mudança assistencial, o Estado deve investir na proteção e promoção social das famílias, na diminuição das desigualdades sociais e na garantia da proteção integral da criança.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; COUTO, C. G. A redefinição do papel do Estado no âmbito local. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 40-47, jul./set. 1996.

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, v.4, n.8, p. 84-135, jul/dez 2002.

ALEXANDRE, A.M.C. **A rede social de apoio às famílias para a promoção dodesenvolvimento infantil: potencial para a prática de Enfermagem**. 320 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

ALEXANDRE, A.M.C.; LABRONICI, L.M.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Map of the family social support network for the promotion of child development.**Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo,v.46, n.2, p.272-279, 2012

ANDRADE, A.S.; *et al.* Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo,vol.39, n.4, p.606-611, 2005.

ANDREUCCI, C.B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, v.6, p.1053-64, 2011.

APOSTÓLICO, M.R. *et al.*Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol.16, n.3, p. 453-462, 2007.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

ÁVILA, L.K. **A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança**. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

ARAUJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a

consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12, n.2, p. 455-464, 2007.

ARAUJO, O.D. *et al.*Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revistabrasileira de enfermagem**, Brasília, v.61, n.4, p. 488-492, 2008.

ARKU, G. *etal.*Housing and health in three contrasting neighbourhoods in Accra, Ghana.**Social Science & Medicine**, Oxford-RU, v. 72, p.1864-72, 2011.

AYRES, J.R.C.M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.28, n.4, p. 311-319, 1994.

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.5, Supl.1, p.28-42, 2002.

AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETTI, H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M., organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.10, n.3, p. 549-560, 2005.

AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.C.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y.M. organizadores. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS.**American Journal of Public Health**, Washington, D.C., vol. 96, n.6 p.1001-1006, 2006.Disponívelem: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/Acessoem: 08/07/11

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p.43-62, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf Acesso em: 10/08/11.

AYRES, J.R.C.M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, Suplemento 2, p.11-23. 2009

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I.From natural history of disease to vulnerability.In: PARKER, R.; SOMMER, M. **Routledge Handbook in Global Public Health**. New York: Routledge, 2011. p. 98-107.

BARRA, D.C.C. *et al.*Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.23, n.6, pp. 831-836, 2010.

BARROS,R.P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **O índice de desenvolvimento da família**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economia Aplicada, 2003.

BARROS, R.P. *et al.,***Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil,**Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economia Aplicada, 2010.

BAXTER, J.; COOKLIN, A.R.; SMITH, J. Which mothers wean their babies prematurely from full breastfeeding? An Australian cohort study.**ActaPaediatrica**, Estocolmo-SUE, v.98, p. 1274–1277, 2009.

BAZON, M. R. Violências contracrianças e adolescentes: análise de quatroanos de notificações feitas ao ConselhoTutelar na cidade de Ribeirão Preto, SãoPaulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, p.323-332, 2008.

BEECKMAN, K.; LOUCKX F.; PUTMAN K. Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants of Late Initiation of Prenatal Care.**Maternal and Child HealthJournal**, New York, v.15, n.7, p.1067–1075, 2011.

BERARDINELLI, L.M.M. *et al.*Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol.18, n.4, p.553-558, 2010.

BERUBE, A. **Concentrated poverty in America: An overview.** Washington, DC: The Federal Reserve System and The Brookings Institution; 2008. Disponível em: http://www.frbsf.org/cpreport/docs/cp_overview.pdf Acesso em: 01/09/2012

BITTAR, D.B., NAKANO, A.M.S. Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem.

Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.20, n.1, p.17-24, 2011.

BODSTEIN, B. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.401-412, 2002.

BOLLAND, J.M. Hopelessness and risk behavioramong adolescents living in high povertyinner-city neighborhoods.**Journal of adolescence**, Londres, v.26, n.2, p.145-158, 2003.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Ano CXXVIII, n. 135, p. 13.563-13.577, 16 jul. 1990. Disponível em: http://portal.in.gov.br Acesso em: 19/05/11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Res. CNS n.o 196/96: Normas para pesquisa envolvendo Seres Humanos.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0559_MP.pdf. Acesso em: 21/04/11.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Atenção ao Pré-Natal, Parto, Puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRAZELTON, T.B.; GREENSPAN, S.I. **As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRITO, F.; SOUZA, J. Expansão urbana nas grandes metrópoles: o significado das migrações intrametropolitanas e damobilidade pendular na reprodução da pobreza. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 48-63, out./dez. 2005.

BRITO, F. O deslocamento da populaçãobrasileira para as metrópoles. **Estudos**

avançados, São Paulo, n.20, v.57, p.221-236, 2006.

CABRAL, F.B.; OLIVEIRA, D.L.L.C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.44, n.2, p. 368-375, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/18.pdf Acesso em: 21/04/11.

CARDOSO, A.L. **Desigualdades urbanas e políticas habitacionais**. Rio de Janeiro: Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal, IPPUR/UFRJ - FASE, 2001. Disponível em: <http://www.ippur.ufrj.br/observatorio/download/adauto_desig_urb_polhab.pdf>.Acesso em: 18/09/12.

CARRASCOZA, K.C. *et al.*Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.10, p. 4139-4146, 2011.

CARVALHO, D.S.; NOVAES, H.M.D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Suplemento 2, p.S220-30, 2004.

CASTRO, J.A. Evolução e desigualdade na educação brasileira. **Educação e Sociedade**, Campinas, vol.30, n.108 pp. 673-697, 2009.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/09/12.

CECCONELLO, A. M. **Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco**. 320 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003. Disponível em: http://www.msmidia.com/CEPRUA/artigos/alessandra_tese.pdf Acesso em: 01/04/11.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. .Competência social e empatia: Um estudo sobre a resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**, Natal v.5, p.71-93, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a05v05n1.pdf Acesso em: 12/09/11.

CHAN, K.L. Children exposed to child maltreatment and intimate partner violence:A study of co-occurrence among Hong Kong Chinese families.**Child**

Abuse & Neglect, Oxford-USA, v.35, p. 532– 542, 2011.

CHIESA, A.M. **Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde**. 135 f. Tese (Livre docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-24082009-153734/fr.php Acesso em: 19/09/10.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F.; AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, vol.24, n.1, p. 55-69, 2008.

CHUPROSKI, P. *et al.* Práticas alimentares e situação social de famílias de crianças desnutridas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p. 52-59, 2012.

COHEN, S.C. *et al*. Habitação saudável como determinantesocial da saúde: experiênciasinternacional e nacional. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.24, n.2, p.169-179, abr./jun. 2011.

COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas. **Ipea**, Rio de Janeiro, n.12, p.1-17, jan./dez. 1995.

CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. **Temporalis**, Brasília (DF), n.23, p.97-124, jan./jun. 2012.

COSTA, N. R. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 693-706, 2009.

COSTA, G.D., *et al.*Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3229-3240, 2011.

COUNTDOWN TO 2015: TRACKING PROGRESS IN MATERNAL, NEWBORN &CHILD SURVIVAL. The 2008 Report New York: United Nations Children's Fund; 2008. Disponível em:http://www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2008report.Acesso em: 21/09/2012.

CNES, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. **Estabelecimentos de Saúde do Município de Curitiba**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=410690&NomeEstado=PARANA Acesso em: 21/04/2011.

CURADO, M; CRUZ, M.J.V. Investimento direto externo e industrialização no Brasil. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, vol.12, n.3, pp. 399-431, 2008. Disponível emhttp://www.scielo.br/pdf/rec/v12n3/01.pdf Acesso em: 17/01/2012.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1. p.33-52, 1999

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Mortalidade Infantil no Município de Curitiba 1996 – 2008**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. 2008. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/mortalidadeinfantil2008.pdf Acesso em: 20/11/11.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Curitiba: 2010-2013**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. 2010. Disponível em: http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/PMS01a95Alt1_12.pdf Acesso em: 01/11/11.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Boletim do Sistema de Vigilância alimentar e nutricional 2011**. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde. 2011. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/indicadores Acesso em: 15/05/12.

CURITIBA. Fundação de Ação Social. **Serviços socioassistenciais de proteção à família**. Curitiba: Fundação de Ação Social. 2012. Disponível em: http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=77 Acesso em: 20/04/12.

DAMIANI, F.E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.2, p.161-8, 2003.

DAKIL, S.R. *etal.*Recidivism in the child protection system: Identifying children at greatest risk of reabuse among thoseremaining in the home. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago-USA, v.165, n.11, p.1006–1012,

2011.

DI PIETRO, J. Baby and the brain: Advances in child development. **Annual review of public health**, Palo Alto, v.21, p.455-71, 2000.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B.; LEAL, M.C. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, p.425-437, 2012.

EICKMANN SH, LIRA PIC, LIMA MC. Desenvolvimento mental e motor aos 24 meses de crianças nascidas a termo com baixo peso. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, v.60, n.3, p.748-54, 2002.

ESCOREL, S. *et al.*, O Programa de Saúdeda Família e aconstrução de um novomodelo para a atençãobásica no BrasilRevista Panamericana de Salud Publica, Washington – D.C., v.21, n.2, p.164-176, 2007.

ESPÍRITO SANTO, E.; AMORIN BASTOS, A.N. Conselho Tutelar e inclusão de adolescentes com problemas de adaptação social em Barra do Choça – Bahia. **Inclusão Social**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 57-64, 2007. Disponível em: http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/viewFile/83/95 Acesso em: 12/07/11.

FADEL, C.B.; SCHNEIDER, L. Administração Pública: o Pacto pela Saúde como uma Nova Estratégia de Racionalização das Ações e Serviços em Saúde no Brasil. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 445-456, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a08.pdfAcesso em: 12/10/11.

FAGNANI, E. Política social e pactos conservadores no Brasil: 1964/92. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.8, p.183-238, jun. 1997.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.5, p. 623-630, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/09/12.

FERRARO, A.R. Escolarização no Brasil: articulando as perspectivas de gênero, raça e classe social. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 505-526,

maio/ago. 2010. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/ep/v36n2/a06v36n2.pdf Acesso em: 19/09/12.

FERRAZ, O.L.M.; VIEIRA, F.S. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade:Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n.1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, A.B.H**. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa**. 6. Ed. rev. Atualizada – Curitiba: Positivo, 2004. 896p.

FERREIRA, J. *et al*. A percepção do gestor sobre a organização da atenção básica à saúde da criança. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, vol.15, n.1, p.26-32, 2010. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17140/11283 Acesso em: 19/04/11.

FEUERWERKER L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol.9, n.18, p.489-506, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n18/a03v9n18.pdf Acesso em: 20/10/10.

FEVORINI, L. B. O. **Envolvimento dos pais na educação escolar dos filhos: um estudo exploratório**. 126f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.11, n.4, p. 544-551, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a19.pdf Acesso em: 21/10/10.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, 2007.

FLEURY, S. Militarização do social como estratégiade integração - o caso da UPP do Santa Marta. **Sociologias**, Porto Alegre, v.14, n.30, p. 194-222, mai./ago. 2012.

FRASER, M.W.; RICHMAN, J.M.; GALINSKY, M.J. Risk, protection and

resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. **Social Work Research**, Washington D.C., vol. 23, n.3, p. 131-143, 1999. Disponível em: http://making-choices.org/Publications/Aggressive%20Behavior/SWR--Fraser,%20Richman,%20&%20Galinsky--1999.pdf Acesso em: 21/10/10.

FREITAS, C.A.S.L. *et al.* O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceará. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.18, n.4, p.494-499, 2010. Disponível em: http://www.iesc.ufrj.br/caderno/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_494-499.pdf Acesso em: 14/05/11.

FROTA, M.A.*et al.*Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.1, n.3, p.129-132, 2010.

FROTA, D.A.L.; MARCOPITO, L.F. Amamentação entre mães adolescentes e nãoadolescentes, Montes Claros, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.1, p. 85-92, 2004.

GABATZ, R.I.B.*et al.*Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.4, p.670-7, 2010.

GENTILLI, V. O conceito de cidadania, origens históricase bases conceituais: os vínculos com a Comunicação.**Revista Famecos**. Porto Alegre, n. 19, p.36-48, dez. 2002.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, 2005.

GOODMAN, *et al.,*Measuring Children's Perceptions of Their Mother's Depression: TheChildren's Perceptions of Others' Depression Scale – Mother Version. **Journal of Family Psychology**, Newbury Park-USA, v. 25, No. 2, p.163–173, 2011.

GOMES, A.V.A. **Educação infantil: por que mais creches?** Brasília: Câmara dos Deputados, 2011.

GRIPPO, M.L.V.S.; FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo,

v.42, n.3, p.430-6, 2008.

GUERRIERO, I.C.Z. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20102006-184819/pt-br.php Acesso em: 18/03/11.

GUPTA, N.*et al.* Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. **Human resources for health**, London, v.9, n.1, p.16, 2011 Disponível em: http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-9-16.pdf Acessoem: 31/01/2012.

HALPERN, R. *et al.* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, vol.73, n.5, p. 529-539, 2002. Disponível em: http://www.paho.org/Portuguese/CLAP/CLAP1483.pdf . Acesso em: 05/02/2011.

HEIDMANN, I.T.S.B. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.2, p.352-8, Abr-Jun2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro : IBGE, 1999. Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf Acesso em: 05/09/2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resultados do Censo 2010.** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/resultados_do_censo2010.php Acesso em: 14/04/2011.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico do Município de Curitiba;** 2012. Disponível em http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=80000&btOk=ok Acesso em: 10/10/2012.

IPPUC. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Equipamentos Urbanos de Curitiba.**2011. Disponível em: http://www.ippuc.org.br/ippucweb/sasi/home/listaequipamentos.php?cd_tp_equipamento=31&cd_subtipo_equipamento=5. Acesso em: 09/05/2011.

JOCA, M.T.; *et al.*Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.356-64, 2005.

JOHNSON, A. A., *et al.* Determinants of inadequate prenatal care utilization by African American women. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Thousand Oaks-USA, n.18, v.3, p. 3620–36, 2007.

KALIPENI, E. Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 50, p.965-983, 2000.

KARAKURT, G.; CUMBIE, T.The Relationship between Egalitarianism, Dominance,and Violence in Intimate Relationships.**Journal of Family Violence**, New York-USA, v.27, n.2, p.115–122, 2012.

KARLSEN, S. *etal.*The relationship between maternal educationand mortality among women giving birth inhealth care institutions: Analysis of the crosssectional WHO Global Survey on Maternal andPerinatal Health. **BMC Public Health**, London-UK, v. 11, p.606, 2011.

KASLOW, N.J.; THOMPSON, M.P. Associations of child maltreatment and intimate partner violence withpsychological adjustment among low SES, African American children.**Child Abuse & Neglect**, Oxford-USA, v.32, p.888–896, 2008.

KIRKHAM, C.; HARRIS, S.; GRZYBOWSKI, S. Evidence based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. **American Family Physician**, Kansas City, v.71, n. 7, p.1307–1316, 2005.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Actapaulista de Enfermagem**, São Paulo, vol.19, n.1, pp. 88-91, 2006.

LADOMENOU, F.; KAFATOS, A.; GALANAKIS, E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaningand suboptimal duration of breastfeeding. **Acta Paediatrica**, Estocolmo-SUE, v.96, p. 1.441–1.444, 2007.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7a ed. São Paulo: Atlas. 2010.

LEE, T.; HOLDITCH-DAVIS, D.; SHANDOR MILES, M.Theinfluenceof maternal and child characteristics and paternal support oninteractions of mothers and their medically fragile infants.**Research in Nursing and Health**, New York-USA,v.30, n.1,p.17–30, 2007.

LIMA, M.C.C.S*. et al.*Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, suplemento 1, p.118-137 jan./jun. 2011.

LOURENÇO, B.H.; CARDOSO, M.A. Infant feeding practices, childhood growth and obesity in adult life.**Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 5, July 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000500006&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0004-2730. Acesso em: 17/09/2012.

MANN J.; TARANTOLA D. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume, 1993, p. 275-299.

MARANHÃO, D.G.; SARTI, C.A. Creche e família:uma parceria necessária, **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 171-194, jan./abr. 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MARICATO, E. Globalização e política urbana na periferia do capitalismo. **Territórios**, Bogotá-COL, n.18/19, p. 183-205, 2008.

MARQUES, J.B. *et al.* Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programasaúde da família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, n.2, p.246-255, jul./dez. 2007.

MARQUES, E.S.; *et al.* A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v15, Suplemento1, p.1391-400, 2010.

MARTINS, J.; VERISSIMO, M.D.L.O.R.; OLIVEIRA, M.A. Avaliação dos instrumentos do projeto "Nossas crianças: janelas de oportunidades", segundo agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis,

vol.17, n.1, p. 106-114, 2008.

MAZZA, V. A. **Necessidades das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde.** 126 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2007.

MCMANUS, B. M.; POEHLMANN, J. Maternal depression and perceived social support as predictors of cognitive function trajectories during the first 3 years of life for preterm infants in Wisconsin. **Child: Care, Health and Development**, Oxford-UK, v38, n.3, p.425–434, 2012.

MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.3, p.411-8, Jul-Set2005.

MELCHIOR, M. *et al.*Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: The EDEN mother–child cohort. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam-HOL, v.137, p.165–169, 2012.

MELLO, D.F. *et al.* Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 22, n.6, p.748-54, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, M.H.M. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas eqüitativas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v.18, Supl, p.113-20, 2002.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L. Formação dos trabalhadores para o SUS: olhar sobre a atenção básica. **BIS- Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.48, p. 37-40, 2009.

MEYER, D.E. *et al.* "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/22.pdf Acesso em: 18/08/2010.

MIKKELSEN, A. *et al.* Do Parents Follow Breastfeeding and Weaning

Recommendations Given by Pediatric Nurses? A Study With Emphasis on Introduction of Cow's Milk Protein in Allergy Risk Families. **Journal of Pediatric Health Care**, Saint Louis-USA, v. 21, n.4.p.238-244, 2007

MILLETICH, R.J.*et al*., Exposure to Interparental Violence and Childhood Physicaland Emotional Abuse as Related to Physical Aggressionin Undergraduate Dating Relationships . **Journal of Family Violence**,New York – USA, v.25, n.7, p.627-637, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**, Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.S.**O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2004.

MULLER, F.S.; SILVA, I.A. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women.**Revista Latino-americana de Enfermagem**, RibeirãoPreto, v.17, n.5, p.651-7, 2009.

MUÑOZ SANCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

MUSTARD, J.F. Free market capitalism, social accountability andequity in early human (child) development.**Paediatrics& Child Health**, Oakville-CAN,v.13, n.10, p. 839-842, 2008.

MUSTARD,J.F.Early Human Development – Equity from the Start – Latin America.**Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud**, Manizales-COL, v.7, n.2, p.639-680, 2009.

MUSTARD, J.F. Canadian progress in early child development – putting science into action.**Journal of paediatrics and child health**, Melbourne-AUS, v.14, n.10, p.689-90, 2009.Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807816/pdf/pch14689.pdfAcesso em 29-01-2012.

NAKANO A.M.S.;*et al.*O espaço social das mulheres e a referência para o cuidadona prática da amamentação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p.230-238, 2007.

NAKAMURA, E. *et al.*O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p.253-258, 2009.

NASCIMENTO, A.P.S.; SANTOS, L.F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde dafamília no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemasinerentes à operacionalização de suas ações. **Journal of Management and Primary Health Care**, Recife, v.2, n.1, p.18-24, 2011.

NARASIMHAN, *et al.*Responding to the global human resources crisis. **Lancet**, London-UK, v. 363, n.1, p.1469–72, Mai 2004.

NERY, I.S. *et al.*Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **RevistaBrasileira de Enfermagem**, v.64, n.1, p.31-7, 2011.

NICHIATA, L.Y.I.; BERTOLOZZI, M.R.; TAKAHASHI, R.F.The use of the “vulnerability” concept in the Nursing area.**Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto,v.16, n.5,p.923-928, 2008.

NJAINE, K*. et al.* Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, Suplemento, p.1313-1322, 2007.

NOBRE, F.S.S.*et al.*Análise das oportunidades para o desenvolvimento motor (affordances) em ambientes domésticos no Ceará - Brasil. **Revista Brasileira do crescimento e desenvolvimento humano,** vol.19, n.1, p. 9-18, 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1282.

NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.445-450, 2001.

NUNES, A.; *et al.***Medindo as desigualdades em saúde noBrasil. Uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Institutode Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. 224 p.

OLIVEIRA, R.B.G.*et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Revista da Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.13, n.2, p.332-42, 2012.

ONIGU-OTITE, E.C.; BELCHERA, H.M.E. Maternal drug abuse history, maltreatment, and functioning in aclinical sample of urban children.**Child Abuse & Neglect**, Oxford-USA, v.36, n.6, p.491-497, 2012.

PEDROSO, M.L.R., MOTTA, M.G.C. A compreensão das vulnerabilidades sócio-econômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, vol.31, n.2, p.218-24, 2010.

PEDROSO, M.L.R; MOTTA, M.G.C. Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.293-300, 2010.

PEREIRA, M.S.X.; SANTOS, M.L. Igualdade de gênero nas relações de trabalho: superando os estereótipos entre homem e mulher. Revista eletrônica do Curso de Direito da UFSM, Santa Maria-RS, v.5, n.2, jul. 2010. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/40770>. Acesso em: 23/08/2012.

PIERANTONI, C.R.As reformas do Estado, da saúde e recursoshumanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.341-360, 2001.

PILZ, E.M.L.; SCHERMANN, L.B. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 181-190, 2007.

PINA, J.C.; MELLO, D.F.; MISHIMA, S.M.; LUNARDELO, S.R. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol.22, n.2, pp. 142-148, 2009.

PINTO, K,R.T.F.; MARCON, S.S. Apoio social recebido pelas mães adolescentes. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, Suplemento, pp.153-159, 2012.

PRADO, S.R.L.A. **Integralidade: um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos**. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-27012006-105705/pt-br.php Acesso em 16/09/2010.

PRADO, S.R.L.A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto &ContextoEnfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.399-407, 2007.

QUELOPANA, A. M.; CHAMPION, J. D.; SALAZAR, B. C. Factors predicting the initiation of prenatal care in Mexican women.**Midwifery**, Edinburgh, v. 25, n. 3, p.277–285, 2009.

RADCLIFF, E. *et al.,*Association Between Family Composition and the Well-Beingof Vulnerable Children in Nairobi, Kenya. **Maternal and Child Health Journal**, New York-USA, v.16, n.6, p.1232-40, 2012.

RAMALHO, A.S.; MAGNA, L.A.; SILVA, R.B.P. A Portaria MS n.º 822/01 e a triagem neonatal das hemoglobinopatias. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, São José do Rio Preto, vol.24, n.4, p.244-250, 2002. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842002000400002 Acesso em 15/11/2011.

DIDONET, V. (Org.)**Plano Nacional pela Primeira Infância.**Brasilia: Rede Nacional pela Primeira Infância, 2010 Disponível em: http://primeirainfancia.org.br/antigo_wp/acervo/publicacoes/ Acesso em: 02/02/2012.

RIBEIRO, L.C.C.; ROCHA, R.L.; RAMOS-JORGE, M.L. Acolhimento às crianças na atenção primáriaà saúde: um estudo sobre a postura dosprofissionais das equipes de saúde da família, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2316-2322, dez 2010.

ROBERTS, S.C.M.; PIES, C. Complex Calculations: How Drug Use During Pregnancy Becomes a Barrier to Prenatal Care. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v.15, n.3, p.333-341, 2010.

ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: o ensino e a prática de enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.6, n.1, p.25-52, 1997.

RODRIGUES, G.A; TEIXEIRA, R.C.P. A falta de limites na relação pais e filhos e o papel da escola. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v,4,n.2, pp.26-44, 2011. Disponível em:http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/viewFile/10092/7122 Acesso em: 05/09/2012.

RONCALLI A.G., LIMA K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.11, p.713-24, 2006.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: daalimentação da criança à alimentação da família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 1, p. 85 - 94, 2004.

SACKOFF, J.E.; YUNZAL-BUTLER, C.Understanding Causal Pathways:Response to ‘‘Teen Pregnancyand the Achievement Gap AmongUrbanMinorityYouth’’.**Journal of School Health**, Kent OH-USA, v. 82, n. 7, p.301-2, 2012.

SAMICO, I. *et al.* Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** Recife, vol.5, n.2, p. 229-240, 2005.

SANTOS, L.C.; FERRARI, A.P.; TONETE, V.L.P. Contribuições da Enfermagem para o Sucesso do Aleitamento Materno na Adolescência: revisão integrativa da literatura. Ciência, cuidado & Saúde, Maringá, v. 8, n.4, p.691-698, 2009.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol.44, n.1, p. 92-98, 2010.

SHONKOFF, J.P. ; LEVITT, P. Neuroscience and the Future of EarlyChildhood Policy: Moving from Whyto What and How. **Neuron**,Cambridge-United Kingdom,v.67, n.5, p. 689-691, 2010.

SHONKOFF, J.P. Protecting brains, not simply stimulating minds. **Science**, New York, NY, v.333, n.6045, p.982–983, 2011.

SHONKOFF, J.P. et al. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. **Pediatrics**, Evanston-Illinois,v.129, n.1, p.232-246, 2012.

SILVA, L.M.P.; VENANCIO, S.I.; MARCHIONI, D.M.L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de**

Nutrição, Campinas, v.23, n.6, p. 983-992, 2010.

SILVA, E. V. *et al.*A percepção da equipe de saúde da família sobre as condições de saúde infantil em duas unidades de saúde da cidade do Recife. **Revistas Ciências Médicas de Pernambuco**, Recife, vol. 7, n.1, p.1-14, 2011. Disponível em: http://revistacienciasmedicaspe.com.br/site/index.php/revistacienciasmedicaspe/article/viewFile/16/5 Acesso em: 12/06/2010.

SILVA, A.G.; MORAES, C.L.; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.7, p. 1359-1370, 2012.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R. **Enfermagem pediátrica: cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU, 1996. p.11-14.

SIEVING, R.E. *et al.*A Clinic-Based, Youth DevelopmentApproach to Teen Pregnancy Prevention**. American Journal of Health Behavior,** Star City –USA, v.35, n.3, p.346-358, 2011.

SOARES, M.A.T.; COSTA, A.B. Contradições acerca da redução da desigualdade social no Brasil. **Argumentum**, Vitória (ES), ano 3, n.3, v. 1, p.157-170, jan./jun. 2011.

SOEJIMA, C.S.; WEBER, L.N.D. O que leva uma mãe a abandonar um filho?. **Aletheia**, Canoas, n. 28, pp. 174-187, 2008. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942008000200014&script=sci_arttext#2a Acesso em: 02/09/2012.

SOHR-PRESTON, S. L.; SCARAMELLA, L. V. Implications of timingof maternal depressive symptoms for early cognitive and languagedevelopment.**Clinical Child and Family Psychology Review**, New York-USA, v.9, n.1, 65–83, 2006.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criançana Atenção Básica de Saúde**. Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.4, p.701-7, dez 2010.

SOUSA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.64, n.2, p. 381-384, 2011.

SOUZA, L.H.R.F. ; SANTOS, M.C. ; OLIVEIRA, L.C.M. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.34, n.7, p. 296-30, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION; OFFICE OF APPLIED STUDIES.**The NSDUH report: Children living with substance-dependentor substance-abusing parents: 2002 to 2007.**Rockville, MD: Office of Applied Studies, 2009. Disponível em: http://oas.samhsa.gov/2k9/SAparents/SAparents.pdf Acesso em: 21/08/2012.

SULTAN, A. N., ZUBERI, R. W. Late weaning: The most significant risk factor in the development of iron deficiency anemia at 1-2 years of age. **Journal of Ayub Medical College**, Abbotabad-Paquistão, v.15, n.2, p. 3-7, 2003. Disponível em: http://ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/15-2/Niloufer%20Weaning.htm Acesso em: 20/09/2012.

SUNIL, T. S., *et al.*Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas.**Maternal and Child Health Journal**, New York, v.14, n.1, p.133–140, 2010.

TOBAR F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011

ULYSSEA, G. **Informalidade no Mercado de trabalho brasileiro: uma resenha da literatura**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. Disponível em: <http://www.ipea.gv.br> Acesso em: 20/07/2012.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.14, n. 3, p. 731-741, 2009.

VASQUEZ, D.A. *et al.*Política econômica e política social no Brasil nos anos 1990:possibilidades, limites e condicionantes. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 13, n. 2 (23), p. 147-167, jul./dez. 2004.

VERÍSSIMO, M.D.L.Ó.R. **O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família.** In: I Oficina Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades – Textos Resumidos; São Paulo: Texto de apoio do evento; 2002. p. 31-36.

VICTORA, C.G. *et al*. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p.34-45, 1996.

VITOLO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P.D.B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n.1, p. 80-84, 2010.

WENDLAND, J.; LEVANDOWSKI, D.C. Parentalité à l'adolescence : déterminants et consequences. **L'évolutionpsychiatrique**.No prelo.

WILDMAN, K.; *etal*.European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period.**European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology**, Amsterdã, v.111, Supl 1, S53–S65, 2003.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção [revisão]. **Revistaneurociências**, São Paulo, v.17, n.1, p.1-6, 2009.

WORLD BANK. **Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard, Sector Strategy Paper**. Washington,D.C.: World Bank, 2001.

WRIGHT, C.M.; PARKINSON, K.N.; DREWETT, R.F. Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. **Archives of disease in childhood**, London-UK, v. 89, n.9, p.813-816, 2004.

WU, Z. *et al.* Evaluation of a community-based randomizedcontrolled prenatal care trial in rural China. **BMC Health Services Research**, London-UK, v.11, p.92, 2011.

ZAJONS, R.; MULLER, A.B.; VALENTINI, N.C. A influência de fatores ambientais no desempenho motor e social de crianças da periferia de Porto Alegre. **Revista**

de Educação Física, Maringá, v.19, n.2, p.159-171, 2008.

ZIMMERMAN, M.A.; ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for schools and policy. **Social Policy Report:Societyfor Research in Child Development**, Ann Arbor, vol. 8, n.4, p.1-18, 1994. Disponível em: http://www.srcd.org/documents/publications/SPR/spr8-4.pdf Acesso em: 08/09/2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Roteiro da entrevista semiestruturada..... 54

APÊNDICE 2 – Termo de consentimentolivre e esclarecido..... 55

APÊNDICE 1

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ **SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE** **DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM** **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM** **MESTRADO EM ENFERMAGEM**	

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data:_____ Código de identificação: E_____
Distrito Sanitário: _____
Unidade de saúde:_____

1. **Em sua opinião, o que pode influenciar o desenvolvimento das crianças da sua área de abrangência? Por quê?**
2. **Descreva uma situação na qual você percebeu que o desenvolvimento da criança foi prejudicado ou comprometido. O que poderia ser feito para mudar esta situação? Como e por quê?**
3. **Quais ações você realiza para a promoção do desenvolvimento das crianças de sua área de abrangência?**
4. **O que costuma fazer quando atende crianças com dificuldade no seu desenvolvimento? O que gostaria de fazer nestes casos que não consegue? Por quê ?**

APÊNDICE 2 –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ **SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE** **DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM** **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM** **MESTRADO EM ENFERMAGEM**	

Você, enfermeiro (a) atuante na Estratégia Saúde da Família, está sendo convidado (a) a participar de um estudo intitulado: “**Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família**”.

a) É através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
b) O objetivo desta pesquisa é: Compreender a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família
c) Caso você participe da pesquisa, será necessário que você esteja no local, data e horário combinado pelo pesquisador para a realização de uma entrevista com duração máxima de 30 minutos.
d) Suas falas deverão ser gravadas através de um gravador, pois nesta pesquisa, você deverá responder às perguntas do pesquisador; sendo assim será respeitado completamente o seu anonimato e tão logo a pesquisa termine, os arquivos serão apagados.
e) Desconfortos e riscos: Não haverá desconforto ou riscos para você, pois sua identidade será mantida em segredo.
f) Os benefícios que você terá será uma nova proposta de trabalho para a atenção à saúde da criança em seu serviço de saúde, que será feita pelo pesquisador no final da pesquisa

_____ _____

Rubrica do pesquisador **Rubrica do participante**

g) A pesquisadora responsável por esta pesquisa é: Verônica de Azevedo Mazza, professora do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, localizado no Bloco Didático II - Campus Botânico: Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico Setor de Ciências da Saúde - Curitiba - PR - CEP: 80.210-170 , telefones: (41) 9619-9723, ou (41) 3361-4764 que poderá ser contatada a qualquer hora.

h) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.

i) A sua participação neste estudo é voluntária. Contudo, se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá solicitar de volta o termo de consentimento livre esclarecido assinado.

j) As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo pesquisador e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

k) A sua participação nesta pesquisa é totalmente gratuita e por sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Eu,_____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ _____

Assinatura do pesquisador **Assinatura do participante**

Local: _____, ___/___/_____

C.A.A.E: 0089.0.091.085-11
Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde..... 58

ANEXO 2 – Aprovação do comitê de ética..... 59

ANEXO 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que o pesquisador Daniel Ignacio da Silva protocolou sob o número 58/2011 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Vulnerabilidades para o desenvolvimento infantil: perspectiva dos enfermeiros da estratégia Saúde da Família". (FR nº 436326)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Coordenador do CEP/SMS

Curitiba, 17 de Agosto de 2011.

1

ANEXO 2 – Aprovação do comitê de ética

Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

Curitiba, 22 de julho de 2011

Ilmo (a) Sr. (a)
Verônica de Azevedo Mazza
Daniel Ignacio da Silva

Nesta

Prezados Pesquisadores,

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **"Vulnerabilidades para o desenvolvimento infantil: perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família"** está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS 196/96, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião realizada no dia 29 de junho de 2011 e apresentou pendência(s). Pendência(s) apresentada(s), documento(s) analisado(s) e projeto aprovado em 22 de julho de 2011.

Registro **CEP/SD**: 1170.095.11.06 **CAAE**: 0089.0.091.085-11

Conforme a Resolução CNS 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do 1º relatório parcial: 23/01/2012.

Atenciosamente

Profª. Drª. Ida Cristina Gubert
Vice Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa
Setor de Ciências da Saúde/UFPR
Rua Padre Camargo, 280 - 2º Andar
CEP: 80060-240 - Curitiba PR

Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-PR – C EP 80060-240
Fone: (41)3360-7259 – e-mail: cometica.saude@ufpr.br