

VULNERABILIDADE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE

VULNERABILITY IN THE CHILD DEVELOPMENT: INFLUENCE OF PUBLIC POLICIES AND HEALTH PROGRAMS*

Daniel Ignacio da Silva¹, Maria de La Ó Ramallo Veríssimo², Verônica de Azevedo Mazza³

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96760>

Resumo:

Introdução: vulnerabilidade no desenvolvimento da criança pode ser definida como a chance ou oportunidade de a criança sofrer prejuízos ou atrasos em seu desenvolvimento devido à influência de fatores de ordem individual, social e programática, os quais se constituem em situações adversas. **Objetivo:** Caracterizar a dimensão programática da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Método:** pesquisa exploratória qualitativa, realizada com enfermeiros de Unidades com Estratégia Saúde da Família, em município da região sul do Brasil. Dados coletados por entrevista semiestruturada e analisados segundo a hermenêutica dialética e a matriz analítica da vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento. **Resultados:** participaram 39 enfermeiros, um de cada unidade de saúde, os quais descreveram fatores orçamentários, institucionais, administrativos e assistenciais que influenciam o processo de cuidado em saúde e se relacionam à promoção do desenvolvimento infantil. Mesmo reconhecendo melhorias no cenário atual da assistência, eles classificaram tais fatores como insuficientes. Assim, as categorias Fragilidades no cenário político-programático e Lacunas na implementação programático-assistencial explicam a vulnerabilidade da atenção à saúde da criança na dimensão programática, o que caracteriza uma situação potencial de prejuízo a seu desenvolvimento. **Conclusão:** os enfermeiros compreendem que a dimensão programática da atenção à saúde mostra-se uma relevante causa da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: vulnerabilidade em saúde, desenvolvimento infantil, políticas públicas de saúde, atenção primária à saúde, enfermagem.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança no mundo vem passando por mudanças, decorrentes dos avanços técnico-científicos, alteração dos perfis epidemiológicos e das diretrizes das políticas sociais e de saúde¹. Tais mudanças vêm se direcionando com a finalidade de proporcionar à criança atenção de qualidade, voltada às suas necessidades de saúde, que possa diminuir a taxa de morbimortalidade e colaborar para o desenvolvimento infantil.^{2,3}

Nas duas últimas décadas, o descenso da mortalidade infantil e das crianças menores de cinco anos vem se efetivando na grande maioria dos países, e, nestes, vem sobressaindo a mortalidade neonatal como o principal componente da mortalidade infantil,³ tal como se observa no Brasil. Nesse contexto, dois focos podem ser destacados como prioritários para as ações programáticas. Um se refere à qualidade na atenção à saúde materno-infantil, por meio da melhora da cobertura de atenção pré-natal e da proporção de partos assistidos por pessoal qualificado.³ O outro se refere à me-

lhoria das condições de saúde das crianças que sobrevivem, o que implica garantir seu crescimento e desenvolvimento plenos.^{4,5}

No que diz respeito ao desenvolvimento infantil, o avanços alcançados pela neurociência, biologia molecular, epigenética e pelas ciências comportamentais e sociais, evidenciam que as experiências da criança em sua primeira infância influenciarão em sua aprendizagem, condições de saúde ao longo de sua vida, capacidade de produtividade econômica e em seu papel como cidadão responsável.⁴

Isto ocorre porque, nos primeiros anos de vida, define-se a arquitetura cerebral do ser humano, não somente como resultado de um processo natural de maturação, mas como um intenso processo de interação dos estímulos ambientais com o potencial biológico da criança. Nessa fase da vida, estímulos positivos, que beneficiam o desenvolvimento, e estímulos negativos, que o prejudicam, são determinantes do desenvolvimento.^{2,4}

Portanto, é preciso compreender a criança como um sujeito social com características, neces-

* Extraído da dissertação: Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da estratégia da saúde da família – Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2012.

1 Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, Brasil.

2 Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, Brasil.

3 Doutora em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Curitiba, Paraná, Brasil.

Corresponding author: daniel.silva1076@usp.br

sidades e vulnerabilidades peculiares, dado seu intenso processo de desenvolvimento, bem como com vulnerabilidades decorrentes das condições materiais de vida e do cuidado que recebe, uma vez que estes garantem, ou não, oportunidades para seu desenvolvimento.⁵

Estudos evidenciam que o atraso no desenvolvimento infantil está associado com situações socioeconômicas como pobreza, baixa escolaridade, condições precárias de moradia, desnutrição e falta de acesso a recursos educacionais e de saúde.⁶⁻⁷ Assim, justifica-se afirmar que o desenvolvimento infantil deve ser uma prioridade política, em particular na primeira infância, o que demanda o compromisso de toda a sociedade e o incremento de políticas públicas que visem dirimir as iniquidades dos determinantes sociais e busquem atender às necessidades de saúde conforme o seu grau de vulnerabilidade.⁸⁻⁹

Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança pode ser definida como a chance ou oportunidade de a criança sofrer prejuízos ou atrasos em seu desenvolvimento devido à influência de fatores de ordem individual, social e programática, os quais se constituem em situações adversas.⁹

Portanto este estudo parte do pressuposto que dentro da dimensão programática da vulnerabilidade, a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento se ocorrerem falhas ou descumprimentos nas políticas públicas e programas de atenção à criança no *Cenário Político-Programático*. Este pode ser definido como o compromisso político dos governos em estabelecer programas de proteção e promoção do bem-estar infantil para diminuir as mortes infantis e dirimir as desigualdades que determinam os prejuízos em seu desenvolvimento. Este cenário é determinado pelo grau de investimentos que o Estado disponibiliza para o financiamento das ações de atendimento infantil.⁹

Além disso, o desenvolvimento da criança pode ser influenciado pelas *Diretrizes e Implementação Político-Programáticas*, que são os formatos dos serviços de atenção à criança quanto ao seu processo de trabalho e ao seu modelo assistencial, os quais orientam o atendimento de necessidades. Estes aspectos podem ser descritos como a implementação de estratégias estruturantes nos sistemas de saúde, que orientam o modelo assistencial à saúde e o estabelecimento de uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde.⁹

Sendo o enfermeiro um profissional que atua na atenção à saúde infantil e, nos últimos anos, vem incrementando sua atuação largamente, graças ao expressivo número desses profissionais na Estratégia Saúde da Família, cabe questionar como ele compreende a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança em face das políticas públicas e programas de saúde. Essa compreensão pode estimular o enfermeiro e a equipe de Saúde a uma atuação menos focada na responsabilização individual das famílias para uma atuação que considere também o apoio programático como recurso das famílias no cuidado da criança.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi caracterizar a dimensão programática da vulnerabilidade

de no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Pesquisa exploratória qualitativa, realizada em Unidades Municipais de Saúde (UMS), com Estratégia Saúde da Família (ESF), localizadas em distritos sanitários da cidade de Curitiba, na região sul do Brasil, que apresentavam concomitantemente os resultados de Indicadores de Inserção Social (IIS) e de Qualidade do Domicílio (IQD) iguais ou inferiores à média do Município⁴, caracterizando-se como áreas com maior risco social e epidemiológico. Tais indicadores socioeconômicos potencialmente permitiriam a aproximação com a realidade da vulnerabilidade social e programática no contexto do desenvolvimento infantil⁹, o que implicaria em maior necessidade de ações programáticas e reconhecimento dessa necessidade por parte dos profissionais.

A amostra do estudo foi intencional. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros das 39 UMS, que cumpriram os critérios de inclusão: atuar nas equipes das áreas de maior risco social e epidemiológico das UMS, e ter dois anos completos de atuação na ESF. Foram excluídos da amostra os enfermeiros que não se enquadraram nos critérios de inclusão, e os que estavam de férias, licença médica, ou em afastamento.

Foram contatados os gerentes de 43 UMS para o estudo, mas houve participação de 39 unidades, pois em duas os enfermeiros recusaram participar da pesquisa, uma não tinha enfermeiro lotado na área de maior risco social e epidemiológico, e uma UMS não tinha enfermeiros com mais de 2 anos de experiência na ESF.

Para o recrutamento dos sujeitos, foi solicitado ao gerente da UMS que indicasse, mediante o planejamento local de saúde, a área de sua adscrição com maior risco social e epidemiológico, bem como o enfermeiro responsável por esse território.

Cada enfermeiro foi contatado pelo pesquisador e convidado a participar. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a março de 2012, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, que duraram em média 20 minutos. As entrevistas abordaram os aspectos que prejudicam o desenvolvimento da criança em sua primeira infância, situações de prejuízos no desenvolvimento infantil vivenciadas pelo enfermeiro, e ações de promoção ao desenvolvimento infantil praticadas pelo enfermeiro. As falas dos enfermeiros foram gravadas, transcritas, analisadas de acordo com a hermenêutica dialética, e interpretadas com base na matriz de análise da vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento.⁹

Os dados foram coletados pelo mestrando executor da pesquisa, do sexo masculino, que foi preparado metodologicamente para executar as entrevistas em disciplina específica, e não possuía nenhum vínculo pessoal ou profissional com os sujeitos da pesquisa. Na apresentação dos resulta-

dos, as sentenças foram apresentadas e identificadas com a abreviação (E) e numeradas sequencialmente, garantindo o anonimato dos respondentes.

O estudo atendeu às normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e obteve a aprovação do Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob registro n. 1170.095.11.6.

RESULTADOS

Todos os participantes da pesquisa eram servidores estatutários estáveis, sendo 37 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, e tinham todos mais de dois anos de experiência na Estratégia Saúde da Família.

Este material provém de uma pesquisa que abordou as dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança.⁸ Ainda que as três dimensões sejam interconectadas, a análise específica de cada dimensão possibilita maior aprofundamento e compreensão dos aspectos da vulnerabilidade, o que justifica esta apresentação.

Na dimensão programática da vulnerabilidade, emergiram as categorias *Fragilidades no cenário político-programático* e *Lacunas na implementação programático-assistencial*, que demonstram a compreensão dos enfermeiros acerca de vários aspectos do contexto de vida da criança que se relacionam ao seu desenvolvimento, como se descreve a seguir.

Para os enfermeiros, há baixo investimento do Estado em políticas sociais, escassez de articulações intersetoriais na atenção à população, e debilidades na infraestrutura dos serviços, que repercutem negativamente sobre o desenvolvimento da criança. Estas concepções originaram a categoria *Fragilidades no cenário político-programático*, a qual explica que, embora existam diversas políticas para as áreas de saúde e educação, sua implementação ainda é relegada, devido a não priorização dos investimentos necessários por parte dos governantes.

Assim, destacaram a ausência de atenção efetiva do Estado para com a saúde e seus determinantes, em particular a infantil, e o foco em outros interesses, limitando o alcance das ações realizadas pelos profissionais de saúde para a promoção do desenvolvimento da criança:

"Para mudar é um trabalho em longo prazo, eu acho que tem que começar lá de cima, governo tem que dar 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)

"Eu acho que a visão desse pessoal, dos gestores, eles estão focados em outras coisas, como na política. Então se a visão deles não [estiver] voltada extremamente para a área da saúde [...] a gente não consegue trabalhar [...] a nossa visão deles é diferenciada, porque eles veem de uma forma e a gen-

te vê de outra forma. É o topo da pirâmide". (E39)

"O desenvolvimento infantil da região onde nós atuamos é bem prejudicado, a parte educacional, a rede pública não tem um educação esmerada e privilegiada". (E7)

O enfermeiro ressaltou a escassez nas articulações intersetoriais, que é caracterizada pela falta de articulação do setor Saúde com outras áreas da sociedade como educação, assistência social e outras, que pode prejudicar a promoção do desenvolvimento infantil, devido sua complexidade e diversidade de fatores que o determinam:

"Eu não sei se a Prefeitura não tem uma verba, [...] a gente teria que criar parcerias com empresas, [...] 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)

Ainda nesta categoria, o enfermeiro relata as debilidades na infraestrutura dos serviços, que são caracterizadas pela falta de recursos humanos e de sua capacitação, e pela estrutura insuficiente dos estabelecimentos de saúde:

"Eu gostaria de fazer oficina de brinquedo educativo com eles mas, 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? (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, [...] uma situação mais difícil. (E23)

"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 [...] não consegue nem proporcionar um atendimento, de educação aqui dentro, por causa da falta de estrutura também". (E38)

Adicionalmente, para os enfermeiros, o sistema de saúde não tem conseguido implementar ações programáticas para a atenção e proteção à criança, assim como o modelo assistencial tem sido marcado pela ausência de cuidado integral a ela. Essas características formaram a categoria *Lacu-*

nas na implementação programático-assistencial. Definiu-se como lacunas, pois, embora haja políticas e programas para a promoção do desenvolvimento infantil, estes não foram ainda implementados no cotidiano assistencial do enfermeiro, o que tem tornado o cuidado à criança um desafio para as equipes, como descrito nas falas:

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

"A gente não tem um programa da criança ainda 'funcionante' na Secretaria [...] Eu acho que a secretaria, na verdade, ela se preocupa muito com as crianças até um ano de idade [...] 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)

Em outras falas, os enfermeiros relatam que o cuidado à criança tem sido marcado pela falta de equidade, caracterizada pela ausência de escuta ativa em seu processo de trabalho:

"Eu procuro cuidar melhor, ouvir eles [os familiares da criança], também a gente tem que ouvir eles, os sonhos deles [...] às vezes eles vêm aqui por algum motivo, tão revoltados, a gente manda embora, não ouve direito". (E15)

"Por que aquela paciente tá com disúria, sempre você dá 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? [...] para você fazer saúde coletiva, você tem que se colocar no lugar do outro". (E30)

O enfermeiro aponta ainda para a ausência de integralidade, assinalada pelo não acesso da criança a recursos e tecnologias que poderiam beneficiar sua saúde e desenvolvimento:

"Porque demora muito tempo, uma criança que precisa de fono[audiologista], precisa de oftalmologista, precisa de otorrino[laringologista], 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". (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". (E38)

DISCUSSÃO

A categoria *Fragilidades no cenário político-programático* refere-se ao baixo gasto em políticas

sociais como saúde e educação que tem sido uma consequência da centralização e insulamento político do controle 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, devido uma ideologia predominantemente neoliberal e mercadológica.¹⁰

O enfermeiro aponta para uma contradição presente na vida do cidadão brasileiro, que possui um Estado legalmente promotor da equidade social, e que todavia se mostra frágil no cumprimento de suas responsabilidades em executar adequadamente as políticas de saúde, educação, segurança pública, saneamento, habitação e transporte público. Assim como, não garante o orçamento para cumprir seus compromissos governamentais com a política de proteção social.¹⁰

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.¹¹

Vale ressaltar que o Brasil, apesar de possuir um sistema universal de saúde, é um dos países emergentes que menos gasta em saúde, o que é incoerente. No ano de 2010, o gasto em saúde brasileiro foi de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) (sendo 58% gasto privado e 42% gasto público). Se comparado com outras nações emergentes, 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.¹²

Apesar de o enfermeiro ter identificado, em suas falas, as fragilidades e deficiências do poder público em atender as necessidades da criança e de sua família, ele não menciona que estas estão relacionadas aos ajustes macroeconômicos e à reforma do Estado brasileiro, que preconizam o baixo gasto em políticas sociais e a priorização de superávit primário e pagamento de juros da dívida pública.¹⁰

As falas referentes à falta de intersetorialidade remetem para a ineficácia das ações intersetoriais em repercutir no cuidado à saúde da criança. Embora a intersetorialidade tenha sido justificada e implantada em decretos e regulamentações, ainda não foi possível uma articulação de diferentes setores e áreas de 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.⁵

Pode-se então vislumbrar nos resultados que o enfermeiro compreende o cuidado para o desenvolvimento infantil como projeto que demanda o agir intersetorial, envolvendo vários órgãos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas da criança. Esta visão de cuidado busca superar a noção de saúde como atribuição exclusiva do setor saúde e remete para uma ação intersetorial a

partir das políticas sociais e de participação popular no processo decisório nas ações de saúde individuais e coletivas.¹³

Ainda nesta categoria, o enfermeiro relaciona as debilidades na infraestrutura dos serviços com a situação de precariedade e sucateamento do serviço público. Essa realidade pode ser observada em grande parte dos serviços 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 1990,¹⁰ 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.¹⁴

Embora o Brasil esteja com número de profissionais acima da média dos países em desenvolvimento,¹⁵ 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,¹⁶ ainda que nessas regiões também haja dificuldade em alocar recursos

humanos nas localizações mais periféricas das grandes capitais, como a cidade de Curitiba, onde ocorreu o estudo.

Adicionalmente, o enfermeiro se refere à precarização de estrutura física de muitos equipamentos de saúde. 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.¹⁶ Apesar dos investimentos realizados em reforma e ampliação de equipamentos de saúde, na cidade em estudo*, a estruturação 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.¹⁷

Destarte, entende-se que as fragilidades no cenário político-programático podem provocar a ineficiência de políticas e programas para a primeira infância e prejudicar o atendimento das necessidades da criança e a promoção do seu desenvolvimento.^{1,4,5,9}

A Figura 1 apresenta, para melhor compreensão do leitor, a síntese explicativa desta categoria da vulnerabilidade programática no desenvolvimento da criança, segundo os Enfermeiros da ESF, composta pelas categorias empíricas de análise, seus aspectos relacionados e contradições e as implicações ao desenvolvimento infantil:

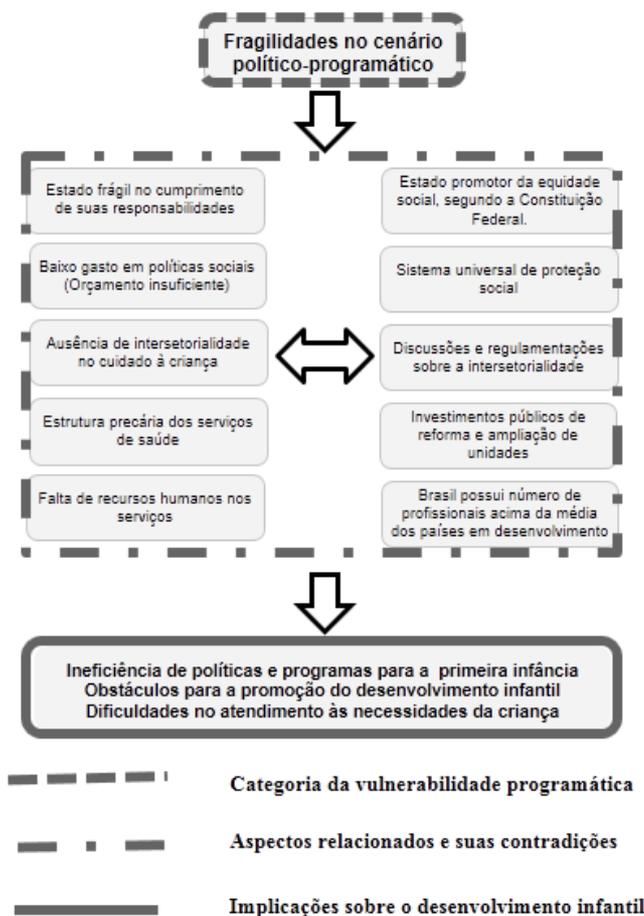


Figura 1 – Fragilidades no cenário político-programático e suas implicações sobre desenvolvimento da criança, segundo os enfermeiros da ESF. Curitiba, 2012.

* Reformas e construções de equipamentos de Atenção Primária à Saúde conforme a Portaria nº 1.241/GM/MS, de 06 de junho de 2014 e outras publicações do Ministério da Saúde.

A categoria *Lacunās na implementação programática-assistencial* aponta para as falhas de captação das gestantes para o devido início precoce da atenção pré-natal. A efetividade do pré-natal permite o acesso da gestante a métodos diagnósticos e terapêuticos para diversos agravos, assim como o monitoramento do crescimento fetal e de intercorrências, agregando mais segurança para a mãe e para a criança.¹⁸⁻¹⁹

Esta fala corrobora que, apesar das melhorias dos indicadores de atenção pré-natal no Brasil, ainda se verifica que alguns sistemas locais de saúde falham na implementação das ações de pré-natal, pelo baixo número de consultas, pela captação tardia da mulher, pela não solicitação de exames de rotina e pela não estratificação de risco gestacional.²⁰

As falas dos enfermeiros se opõem a realidade da atenção pré-natal na cidade em estudo que, historicamente, 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. Um estudo evidenciou que mais de 86% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e mais 84% das gestantes realizaram o número adequado de consultas e exames pré-natais.²¹

O município em estudo possui programas de atenção à criança implementados e apresenta indicadores de mortalidade infantil baixos⁵, todavia, o enfermeiro reconhece que existem inadequações nos programas, pois estão centrados nos primeiros dois anos de vida. Diante disto, o enfermeiro aponta para a situação não satisfatória de investimentos para atender às necessidades de saúde em todo o período da infância, embora muitos estudos demonstrem inequivocamente a importância da atenção nos primeiros anos de vida.⁴ Existem evidências que as condições de vida, oportunidades e disparidades existentes entre diferentes grupos socioeconômicos, condicionam o desenvolvimento das crianças, assim como podem dificultar seu acesso às ações e serviços de saúde.⁵

Entende-se que a idade limite para o atendimento mais sistemático à criança no Sistema Único de Saúde em todos os lugares deveria ser estendida durante toda a primeira infância (até os 6 anos), visando acompanhar e avaliar o desenvolvimento e realizar intervenções necessárias para a promoção da saúde da criança.^{6,9}

Os dados estão de acordo com estudos que apontam que, dentro do contexto da saúde da criança e do desenvolvimento infantil, para se alcançar resultados satisfatórios, são necessários modelos assistenciais que visem a garantir o atendimento à criança no nível primário de atenção, sistematizem o atendimento clínico e integrem ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde,²² assim como, o devido reconhecimento de suas necessidades e demandas.²³

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, recombina, reorganizar e reordenar os recursos existentes para satisfazer às necessidades de saúde e demandas da população.²⁴

As falas revelam que a falta de equidade ainda prevalece em muitos serviços de saúde, apesar de a equidade estar prevista no corpo jurídico-legal do SUS. Tal situação mostra 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 da atenção. 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.²⁴

No entanto, nos serviços de atenção primária, em vez de uma postura acolhedora, encontram-se profissionais com suas atividades assistenciais direcionadas para a doença e não para o ser humano; não para a qualidade do atendimento, mas para a quantidade de procedimentos realizados. Isso tem dificultado a formação de vínculos nas ações.²⁵ Isso ocorre, entre outros fatores, pelo fato de que as avaliações e exigências dos gestores dos municípios focam a mensuração numérica das ações.

Ao apontar a falta de integralidade, o enfermeiro indica a necessidade dos programas em atender às necessidades materno-infantis, por meio da reorganização da atenção primária e da reformulação do modelo assistencial hegemônico e biomédico.²⁶⁻²⁷ Considera-se integralidade como o direito que população tem de ser atendida no conjunto de suas necessidades, e no dever que o poder público tem em oferecer serviços de saúde organizados para atender estas necessidades de acordo com seu perfil clínico e epidemiológico.²²

Embora o Sistema Único de Saúde está implementado para atender integralmente às necessidades das crianças advindas de quaisquer dos níveis de complexidade do sistema, nota-se que muitas ações de saúde ainda estão distantes para o acesso do usuário, como foi citado; especialidades que deveriam estar disponíveis, demandam espera de mais de um ano, causando prejuízos em seu estado de saúde.²² 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 necessidades relacionadas à promoção e recuperação da saúde.²²

Tais insuficiências de implementação programática podem trazer impactos negativos nos perfis epidemiológicos infantis e na qualidade de vida das crianças prejudicar a prevenção de agravos à sua saúde da criança e a promoção do seu desenvolvimento.^{5,9,22}

A Figura 2 apresenta, para melhor compreensão do leitor, a síntese explicativa desta categoria da vulnerabilidade programática no desenvolvimento da criança, segundo os Enfermeiros da ESF, composta pelas categorias empíricas de análise, seus aspectos relacionados e contradições e as implicações ao desenvolvimento infantil:



Figura 2 – Lacunas na implementação programático-assistencial e suas implicações sobre o desenvolvimento da criança, segundo os enfermeiros da ESF. Curitiba, 2012

Assim, de acordo com o profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, questões orçamentárias, institucionais, administrativas e assistenciais caracterizam a vulnerabilidade programática no desenvolvimento da criança. Para os sujeitos, os sistemas de saúde têm dificuldades em garantir o cuidado em saúde e as ações de promoção do desenvolvimento infantil, não conseguindo atender adequadamente as necessidades da criança.

Dado que os enfermeiros demonstraram estar sensíveis a aspectos que impactam sobre o desenvolvimento, os quais correspondem ao modelo teórico de análise da matriz de vulnerabilidade, acredita-se que novos estudos voltados ao desenho de estratégias de identificação das situações adversas ao desenvolvimento infantil poderão trazer maior sustentação às práticas de saúde na promoção desse desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

1. AJ Barros, C Ronsmans, H Axelson, Loaiza E, Bertoldi AD, França GVA, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012; 379 (9822): 1225-33. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60113-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60113-5).
2. Shonkoff JP, Garner AS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*. 2012; 129(1): 232-46. Doi: <http://dx.doi.org/10.1542/Peds.2011-2663>.
3. Atrash HK. Childhood Mortality. Still a global priority. *J Human Growth Development*. 2013 23(3): 257-260.
4. Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*. 2011; 333(6045): 982-83. Doi: <http://dx.doi.org/10.1126/Science.1206014>.
5. Mazza VA, Chiesa AM. Family needs on child development in the light of health promotion. *Online Braz J Nurs*. 2008; 7(3). Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20081852>.
6. Victora CG, Hallal PC, Araújo CL, Menezes AM, Wells JC, Barros FC. Cohort profile: the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(4): 704-709. Doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym177>.
7. Martorell R, Nguyen P. Interrelationship between growth and development in low and middle-income countries. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program*. 2010; 65: 99-118. Doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000281151>.
8. Pedroso MLR, Motta MGC. A compreensão das vulnerabilidades socioeconômicas no cenário da assistência de Enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2): 218-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200003>.
9. Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mazza VA. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1397-402. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000600021>.

10. Cherchiglia ML, Dallari SG. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Rev. Adm. Pública* 2013; 33(5): 65-84.
11. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Comunic Saúde Educ.* 2005; 9 (18): 489-506.
12. Countdown Coverage Writing Group, Countdown to 2015 Core Group, Bryce J, Daelmans B, Dwivedi A, Fauveau V, et al. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet.* 2008; 371(9620): 1247-1258. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60559-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60559-0).
13. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):701-07. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400013>.
14. Pierantoni CR. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Cienc Saúde Coletiva.* 2001; 6(2):341-360. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200006>.
15. Gupta N, Maliqi B, Franca A, Nyonator F, Pate M, Sanders D, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. *Hum Resour Health.* 2011; 9(1): 16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-9-16>.
16. Vianna SM, Nunes A, Santos JRS, Barata RB. Medindo a desigualdade em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. OPS/IPEA; 2001.
17. Nascimento APS, Santos LF, Carnut L. Atenção primária à saúde via estratégia saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *J Manag Prim Health Care.* 2011; 2(1): 18-24.
18. Beeckman K, Louckx F, Putman K. Predisposing, Enabling, and Pregnancy-Related Determinants of Late Initiation of Prenatal Care. *Matern Child Health J.* 2011; 15(7): 1067-75. Doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-010-0652-1>.
19. Roskam E, Pariyo G, Hounton S, Aiga H. Increasing skilled birth attendance through midwifery workforce management. *Int J Health Plan. Mgmt.* 2013; 28: e62-e71. DOI: 10.1002/hpm.2131
20. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28(3): 425-37. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
21. Uchimura LYT, Uchimura NS, Santana RG, Felchner PCZ, Uchimura TT. Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas unidades de saúde em Curitiba, Paraná. *Cienc Cuid Saúde.* 2014; 13(2): 219-27. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i2.21256>.
22. Atrash HK, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery health care. *J Human Growth Development.* 2012; 22(3): 396-399.
23. Wong ST, Lynam MJ, Khan KB, Scott L, Look C. The social pediatrics initiative: A richer model of primary health care for children at risk and their families. *BMC Pediatrics* 2012; 12: 158. Doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-12-158>.
24. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. *Rev RENE.* 2012; 13(2): 332-42.
25. Bhutta ZA, Ali S, Cousens S, Ali TM, Haider BA, Rizvi A, et al. Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet.* 2008; 372(9642): 972-89. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61407-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61407-5).
26. Ribeiro LCC, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(12): 2316-2322. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200010>.
27. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Siqueira-Batista R, Gomes AP, Franceschini SCC. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 14(5): 1347-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800007>.

ABSTRACT

Introduction: vulnerability in child development can be defined as the chance or opportunity to the child to suffer losses or delays in their development due to the influence of individual, social, and programmatic factors, which constitute adverse situations. **Objective:** to characterize the programmatic dimension of vulnerability in child development, according to the nurse at the Family Health Strategy Program. **Method:** a qualitative exploratory study, conducted with nurses from units with the Family Health Strategy, in a city of the southern region of Brazil. Data collected by semi-structured interviews and analyzed according to the dialect hermeneutic and analytic matrix of the vulnerability of children in adverse situations for their development. **Results:** participants were 39 nurses, one from each health unit, who described budgetary, institutional, administrative and care factors that influence the process of health care and relate to the promotion of child development. Even acknowledging improvements in the current scenario of healthcare, they classified such factors as insufficient. Thus, the categories Fragilities in political-programmatic scenario and Gaps in the programmatic-assistance implementation, explain the vulnerability of the child health care in programmatic dimension, which characterizes a potentially injurious situation to the development. **Conclusion:** The nurses understand that the programmatic dimension of health care shows up as a significant cause of vulnerability in the development of the child.

Key words: health vulnerability, child development, public health policy, primary health care, nursing.