



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

Andriela Backes Ruoff

**A vulnerabilidade infantil na perspectiva da atenção primária à saúde: uma análise nas dimensões individual, social e institucional**

FLORIANÓPOLIS  
2021

Andriela Backes Ruoff

**A vulnerabilidade infantil na perspectiva da atenção primária à saúde: uma análise nas dimensões individual, social e institucional**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Selma Regina de Andrade

FLORIANÓPOLIS  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ruoff, Andriela Backes

A vulnerabilidade infantil na perspectiva da atenção primária à saúde: uma análise nas dimensões individual, social e institucional / Andriela Backes Ruoff ; orientador, Selma Regina de Andrade, 2021.  
205 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Saúde da Criança. 3. Análise de Vulnerabilidade. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Andrade, Selma Regina de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Andriela Backes Ruoff

**A vulnerabilidade infantil na perspectiva da atenção primária à saúde:** uma análise nas dimensões individual, social e institucional

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof.(a) Giane Zupellari dos Santos Melo, Dra.

Universidade do Estado do Amazonas

Prof.(a) Silvana Silveira Kempfer, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

---

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

---

Prof.(a) Selma Regina de Andrade, Dra.

Orientador(a)

Florianópolis, 2021

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter colocado no meu caminho pessoas essenciais nessa jornada, e por ter me dado saúde e persistência para superar as dificuldades.

Aos meus pais, **Adriane e Walter**, pelo amor e incentivo.

Ao meu companheiro de vida, **Fernando Henrique Lopes**, pelo apoio durante esta jornada.

À minha querida amiga **Alexandra Ferreira** por sempre ter sido meu braço direito, seu apoio foi fundamental. Meu eterno agradecimento.

A maravilhosa **Larissa Martins Novaes de Lima**, uma amiga que a pós-graduação meu deu e que teve um papel essencial nesse processo.

À minha orientadora, **Prof<sup>ª</sup> Dra. Selma Regina de Andrade**, pelo incentivo, parceria e pela troca de experiências ao longo destes quatro anos. Minha admiração, carinho e respeito sempre.

Aos **integrantes do Laboratório de Pesquisa Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação de Enfermagem e Saúde (GEPADES)**.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, por aceitarem o convite e por contribuírem para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À **Universidade Federal de Santa Catarina** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo acolhimento como mestranda e por proporcionar um ambiente de aprendizado.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**, por autorizar a realização da pesquisa.

Agradeço, em especial, aos **participantes do estudo** pela a disponibilidade e colaboração nesta pesquisa.

## RESUMO

**Introdução:** a vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de elementos do sujeito, do grupo e do contexto que criam variados graus de suscetibilidade ao adoecimento que podem ser de dimensão individual, social e institucional. Os elementos que influenciam as condições de saúde são denominados de Determinantes Sociais da Saúde. A partir do monitoramento dos Determinantes Sociais da Saúde, é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e identificar as situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde. Entender as vulnerabilidades é uma habilidade que deve desenvolvida na formação profissional, de modo a torná-lo capaz de planejar ações assertivas e eficazes para promover o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

**Objetivo:** evidenciar como se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina. **Método:** estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa gestores locais e centrais da atenção primária à saúde e docentes em enfermagem. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a setembro de 2020. Optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta. A análise dos dados ocorreu por meio da proposição teórica e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso proposto por Robert Yin, como ferramenta de apoio o *software* MaxQDA®plus. Utilizou-se o referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. **Resultados:** evidencia-se que as crianças estão inseridas em famílias populosas, desestruturadas, de baixa renda e sem escolaridade. Residem em comunidades violentas, com moradias insalubres e o uso excessivo de tecnologia é o principal comportamento de risco. Esses elementos constituem as dimensões individual, social e institucional da análise da vulnerabilidade infantil. O ensino da vulnerabilidade na formação do enfermeiro se dá forma transversal. **Conclusão:** os Determinantes Sociais da Saúde presentes no contexto de vida das crianças relacionam-se a aspectos comportamentais, sociais e econômicos. A vulnerabilidade infantil se apresenta principalmente na dimensão institucional, interferindo no desenvolvimento e crescimento saudável das crianças. Destaca-se a importância do ensino da vulnerabilidade infantil na formação do enfermeiro para o desenvolvimento do pensamento crítico e o olhar sensibilizados para identificação e manejo dessas vulnerabilidades no seu processo de trabalho. **Relevância para à saúde e sociedade:** contribui de modo a fomentar discussões sobre a vulnerabilidade infantil entre docentes, discentes e gestores em saúde que atuam com o público infantil, a fim de a aprimorar o cuidado e reduzir as situações de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Criança. Análise de Vulnerabilidade. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Vulnerability can be understood as a set of elements of the subject, the group and the context that create varying degrees of susceptibility to illness, which can be of individual, social and institutional dimension. The elements that influence health conditions are called social determinants of health. From the monitoring of the social determinants of health, it is possible to analyze the context in which children grow up and develop and to identify the situations of vulnerability that make them susceptible to diseases and health problems. Understanding vulnerabilities is a skill that must be developed in professional training, in order to make the professional capable of planning assertive and effective actions to promote full growth and child development. This study aims to understand how child vulnerability analysis occurs, from training to professional performance, in primary health care in Florianópolis, Santa Catarina. It is a single case study, integrated and explanatory, with a qualitative approach. Local and central managers of primary health care and nursing professors participated in the research. Data collection took place from January to September 2020. We opted for three sources of evidence, which converged in a triangular way: documents, record in files and short interview. Data analysis took place through the theoretical proposition and the development of the description, interpretation and explanation of the case proposed by Robert Yin, as a support tool for the MaxQDA®plus *software*. The theoretical framework on vulnerability of José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres was used, which originated three manuscripts: Child vulnerability and the training of nurses; Context of child growth and development in Florianópolis: an analysis of the Social Determinants of Health; Context of child growth and development in Florianópolis: an analysis of the Social Determinants of Health and Child vulnerability in the city of Florianópolis: an analysis in the individual, social and institutional dimensions. The results showed that children are part of populous, unstructured, low-income and uneducated families. They live in violent communities, with unhealthy housing and the excessive use of technology is the main risky behavior. These elements constitute the individual, social and institutional dimensions of the analysis of child vulnerability. The teaching of vulnerability in the training of nurses takes place in a transversal way. It is concluded that the social determinants of health present in the children's life context are related to behavioral, social and economic aspects. Childhood vulnerability presents itself mainly in the institutional dimension, interfering in the development and healthy growth of children. It highlights the importance of teaching child vulnerability in the training of nurses for the development of critical thinking and the sensitized view to identify and manage these vulnerabilities in their work process.

**Keywords:** Child Health. Vulnerability Analysis. Primary Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....            | 24 |
| Figura 2 - Fluxograma de seleção dos estudos segundo o PRISMA .....              | 39 |
| Figura 3 - Contexto, caso e unidades integradas de análise .....                 | 60 |
| Figura 4 - Triangulação das fontes de evidência .....                            | 67 |
| Figura 5 - Sistema de análise das evidências no <i>software</i> MaxQDA2020®..... | 68 |

## LISTA DE QUADROS

|  |     |
|--|-----|
| Quadro 1 - Principais características dos estudos selecionados .....                         | 40  |
| Quadro 2 - Banco de teses e dissertações .....   | 64  |
| Quadro 3 – Construção de explicações a partir das proposições teóricas .....                 | 69  |
| Quadro 4 - Número de óbitos em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil por faixa etária ..... | 74  |
| Quadro 5 - Características dos gestores em saúde.....  | 81  |
| Quadro 6 - Caraterísticas dos docentes em enfermagem.....                                    | 82  |
| Quadro 7 - Banco de teses e dissertação .....  | 87  |
| Quadro 8 - Banco de documentos de amparo legal.....  | 88  |
| Quadro 9 - Banco de teses e dissertações .....   | 115 |
| Quadro 10 - Banco de documentos de amparo legal.....   | 116 |
| Quadro 11 - Banco de teses e dissertações .....  | 138 |
| Quadro 12 - Banco de documentos de amparo legal.....   | 139 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

CEDRA Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem

CNDSS Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CPOMIF Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CS Centros de Saúde

DAPS Docente Da Atenção Primária à Saúde

DSC Docente da Saúde da Criança

DSS Determinantes Sociais da Saúde

ECA Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF Estratégia Saúde da Família

GC Gestor Central (GC)

GL Gestor Local

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PEN Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PNAISC Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PRISMA *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies*

PSE Programa Saúde da Escola

SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO .....   | 11 |
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 13 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....   | 17 |
| 2.1 GESTÃO EM SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INFANTIL.....   | 17 |
| 2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A SAÚDE DA CRIANÇA.....  | 20 |
| 2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE .....   | 22 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO .....   | 25 |
| 3.1 ORIGEM DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE.....   | 25 |
| 3.2 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE.....  | 27 |
| 3.2.1 Dimensão individual da vulnerabilidade.....  | 28 |
| 3.2.2 Dimensão social da vulnerabilidade.....  | 29 |
| 3.2.3 Dimensão institucional da vulnerabilidade .....  | 30 |
| 3.3 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS VULNERABILIDADES .....  | 30 |
| 3.4 SAÚDE DA CRIANÇA E VULNERABILIDADE .....   | 33 |
| 3.4.1 Dimensão individual .....  | 33 |
| 3.4.2 Dimensão social .....  | 34 |
| 3.4.3 Dimensão institucional.....  | 34 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA .....   | 36 |
| 4.1 MANUSCRITO 1: IMPLICAÇÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA<br>SAÚDE INFANTIL: uma revisão de literatura ..... | 36 |
| 5. METODOLOGIA .....   | 58 |
| 5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....  | 58 |
| 5.2 TIPO DE ESTUDO.....  | 59 |
| 5.2.1 O contexto .....   | 60 |
| 5.2.2 O caso.....  | 61 |
| 5.2.3 Unidades integradas de análise.....  | 62 |
| 5.3 PROPOSIÇÕES TEÓRICAS.....  | 62 |

|  |     |
|--|-----|
| 5.4 FONTES DE EVIDÊNCIA.....   | 63  |
| 5.4.1 Documentos.....  | 63  |
| 5.4.2 Registros em arquivos .....  | 65  |
| 5.4.3 Entrevista curta.....  | 65  |
| 5.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....   | 67  |
| 5.6 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 70  |
| 6. RESULTADOS .....  | 71  |
| 6.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO .....   | 71  |
| 6.1.1 Aspectos legais em relação ao público infantil .....   | 71  |
| 6.1.2 Contexto em que as crianças florianopolitanas vivem .....  | 73  |
| 6.1.3 Atendimento à criança em Florianópolis.....  | 75  |
| 6.1.4 Como os gestores em saúde e os docentes em enfermagem identificam as situações de vulnerabilidade infantil .....                       | 77  |
| 6.1.5 A vulnerabilidade infantil na perspectiva das unidades integradas de análise .....   | 80  |
| 6.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE .....   | 81  |
| 6.2.1 Unidade integrada de análise 1 .....   | 81  |
| 6.2.2 Unidade integrada de análise 2.....  | 82  |
| 6.3 MANUSCRITO 2: A VULNERABILIDADE INFANTIL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO .....  | 82  |
| 6.4 MANUSCRITO 3: CONTEXTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS: uma análise dos Determinantes Sociais da Saúde.....   | 110 |
| 6.5 MANUSCRITO 4: VULNERABILIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: uma análise nas dimensões individual, social e institucional ..... | 133 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 167 |
| REFERÊNCIAS .....  | 170 |
| APÊNDICE A – Quadro de estudos da Revisão Integrativa de Literatura com os indicadores de saúde relacionados.....                            | 184 |
| APÊNDICE B – Ementa dos documentos legais referentes à saúde materno infantil, por ordem cronológica.....                                    | 191 |
| APÊNDICE C – Relação de indicadores de saúde infantil .....  | 195 |
| APÊNDICE D – Roteiro entrevista curta para gestores centrais .....   | 198 |

|  |     |
|--|-----|
| APÊNDICE E – Roteiro entrevista curta para gestores locais ..... | 199 |
| APÊNDICE F – Roteiro entrevista curta para docentes.....         | 200 |
| APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....     | 201 |

## APRESENTAÇÃO

A afinidade pela temática da saúde da criança iniciou na graduação durante as aulas e estágios em pediatria. Após me formar, em 2013, iniciei minha carreira como enfermeira assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em um hospital de grande porte em Itajaí, Santa Catarina. Por conta disso, decidi me aprofundar na área e realizei a Pós-Graduação em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais pela Faculdade Pequeno Príncipe em Curitiba, Paraná. Em 2014, ministrei aulas de pediatria para o curso técnico de enfermagem.

O gosto pela docência se aflorou neste período e então resolvi me inscrever para o mestrado em enfermagem. Assim, em 2016 iniciei o mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela área de concentração Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa de Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

No mestrado realizei um estudo de caso sobre a mortalidade infantil e os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do município de Florianópolis. A realização da dissertação permitiu a mobilização de reflexões acerca dos fatores que interferem na mortalidade infantil, evidenciando aqueles relacionados ao contexto social das famílias. Essas reflexões suscitaram a possibilidade de identificar novas proposições teóricas, dentre elas de que a saúde da criança está associada a fatores socioeconômicos e aos determinantes das condições de vida.

Desta forma, em 2018, busquei no doutorado as ferramentas para realizar um estudo que pudesse demonstrar as principais nuances desse fenômeno no município de Florianópolis. E assim, iniciam-se as primeiras propostas que levaram a construção desta tese. O desenvolvimento do estudo originou-se da necessidade de descrever como o contexto de vida das crianças influencia a ocorrência de agravos à saúde.

Para a compreensão deste fenômeno, escolhi como lentes de estudo o referencial teórico de vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres a fim de responder o motivo pelas quais as chances de as crianças adoecerem não é resultante de um conjunto de aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento.

Para tanto, como já havia utilizado o referencial metodológico de estudo de caso de Robert Yin no mestrado, segui com o mesmo raciocínio para a elaboração da tese. Considerando o caso da vulnerabilidade infantil no contexto de Florianópolis, elegi duas

unidades integradas de análise para a compreensão do fenômeno em profundidade, a unidade integrada de análise dos docentes e dos gestores.

A experiência de realizar um estudo desta profundidade trouxe o poder de superação de desafios enfrentados durante o processo. A ideia inicial da tese teria como produto o mapeamento das vulnerabilidades infantil de Florianópolis, no entanto, como o município perdeu seus dados recentemente, a busca por indicadores de saúde foi prejudicada. Desta forma, uma reformulação do estudo foi necessária, sendo este agora voltado a evidenciar de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, desde a formação até a atuação do profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde. Outro desafio encontrado no momento da coleta de dados foi o início da pandemia de Coronavírus, o que impossibilitou a ida a campo para entrevistas presenciais e observação do cenário.

No início do estudo, eu buscava por dados que pudessem descrever como as crianças vivem em Florianópolis, no intuito de documentar as dificuldades ocasionadas por esta realidade. No entanto, a partir da imersão no tema, e principalmente, do diálogo com os participantes na coleta de dados, pude me identificar com a realidade vivenciada pelos gestores de saúde e docentes e com isso, não somente pude descrever aquela realidade, mas também explicar por que ela existe.

## 1. INTRODUÇÃO

A noção de vulnerabilidade teve início na década de 1990, quando a epidemia da AIDS levou os pesquisadores a buscarem novas estratégias para compreender e a agir frente à infecção pelo HIV (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009). Os esforços se concentravam em responder que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não era resultante apenas de aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (AYRES *et al.*, 2012).

A partir dessas descobertas, o termo vulnerabilidade passou a ser entendido como o conjunto de elementos do sujeito, do grupo e do contexto. A junção destes elementos cria variados graus de suscetibilidade ao adoecimento que podem ser de ordem individual, social e institucional (AYRES *et al.*, 2012). Assim, as pessoas estão sempre vulneráveis a algo, em algum grau e forma, em certo ponto do tempo e do espaço (AYRES *et al.*, 2009).

Se nos aprofundarmos no termo vulnerabilidade, a raiz etimológica do verbo vulnerável, derivada do latim *vulnerare*, quer dizer provocar um dano, uma injúria. Nas investigações da área de saúde o termo popularizou-se e recebeu a conotação de um adjetivo, que qualifica aquele que é ou está mais susceptível a sofrer algum agravo à saúde (BISPO; CARDOSO, 2016).

Para entender como a vulnerabilidade interfere na suscetibilidade do indivíduo ao adoecimento, devemos entender o que é saúde. No seu conceito ampliado, a saúde é resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1988). Portanto, os fatores que influenciam nessas condições expõem os indivíduos a graus variados de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2012).

Os fatores que influenciam as condições de saúde da população são denominados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que podem ser individuais, sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (ROCHA; DAVID, 2015). Os DSS estão dispostos em diferentes níveis, desde um nível mais próximo dos determinantes individuais até um nível mais distal, onde se situam os macrodeterminantes (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015).

No contexto da saúde infantil, objetiva-se prevenir e detectar precocemente as vulnerabilidades que causam riscos e anormalidades no crescimento e desenvolvimento (NETA; MEDEIROS; GONÇALVES, 2018; STÁBILE *et al.*, 2013). A intervenção oportuna

e precoce pode mudar o curso de vida das crianças, particularmente as que se encontram em situação de vulnerabilidade (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018).

A idade faz das crianças um grupo por si só vulnerável, tanto pela sua aparente invisibilidade jurídica, quanto pelo elevado grau de dependência, tornando-as um grupo submisso ao ambiente físico e social em que se encontram (MALTA, 2019; ASSIS, 2018). Diante disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe sobre a proteção à infância e estabelece os seus direitos fundamentais, como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de proteção contra qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1990a).

Entretanto, pode-se progredir na garantia de prover a toda criança o seu direito à saúde, pois ainda perduram desigualdades regionais e sociais importantes. Um número expressivo de mortes infantis por causas evitáveis persiste na realidade social e sanitária do nosso país. Em 2017, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis foi de 34 para mil nascidos vivos (BRASIL, 2017a), dado este preocupante quando comparado aos países mais desenvolvidos, onde a taxa é de duas a seis vezes menor (ONU, 2018).

As causas evitáveis de mortalidade estão relacionadas aos DSS, voltados para a assistência no pré-natal e parto, prematuridade, baixo peso ao nascer, assistência hospitalar, atenção ao recém-nascido no período neonatal, entre outras (RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017; FILHO *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2016; TAVARES *et al.*, 2016; VIANNA *et al.*, 2016). Ainda, determinantes socioeconômicos, sanitários e demográficos da saúde infantil também são analisados na literatura e incluem idade materna, etnia, escolaridade materna, situação conjugal, renda, área de residência, hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica, saneamento básico, vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal, história prévia de óbito infantil (LEAL *et al.*, 2017; FAJARDO *et al.*, 2017; ROMO; BRAVO; FERNANDÉZ, 2018; TASCÓN *et al.*, 2016).

Além desses, outros indicadores fornecem evidências demonstradas em inúmeros estudos como, por exemplo, taxa de mortalidade infantil (LEAL *et al.*, 2017), taxa de mortalidade neonatal (SLEUTJES *et al.*, 2018), taxa de mortalidade perinatal (FAJARDO *et al.*, 2017), taxa de prevalência de excesso de peso (ROMO; BRAVO; FERNANDÉZ, 2018; SANTOS *et al.*, 2017a; GOMES *et al.*, 2017), prevalência de anemia ferropriva (ANDRÉ *et al.*, 2018; NOVAES *et al.*, 2017), mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade (VASCONCELOS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017; VAZ;

NASCIMENTO, 2017), cobertura vacinal (SILVA *et al.*, 2018), prevalência de deficiência de vitamina A (LIMA; DAMIANI; FUJIMORI, 2018), taxa de prevalência de aleitamento materno, taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo (SALDAN *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017), taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2016).

A partir do monitoramento dos DSS, é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e identificar as situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde. Ainda, outras situações de vulnerabilidade infantil são destacadas, por exemplo, as iniquidades sociais, fragilidade nas relações familiares, dependência química, violência doméstica, interrupção dos estudos, maternidade na adolescência, desemprego, incipiências na rede de apoio social, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e desconhecimento sobre os direitos da criança (SILVA *et al.*, 2015; SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014; MELLO *et al.*, 2014; MILBRATH *et al.*, 2016; SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015; DILLENBURG *et al.*, 2017).

Compreender a vulnerabilidade exige do profissional um olhar apurado e julgamento clínico aguçado para identificar as situações e sinais apresentados tanto pela criança, quanto pela família ou meio onde vive. Para tanto, essas habilidades, assim como a temática de vulnerabilidade, devem ser apresentadas ao sujeito desde a sua formação. Em sua atividade laboral, espera-se que o profissional compreenda a condição de vida da criança em situação de vulnerabilidade e auxilie a família a encontrar melhores condições de sobrevivência (BISPO; CARDOSO, 2016).

Considerando a criança um indivíduo vulnerável, que cresce e se desenvolve em um contexto que as deixam mais ou menos suscetíveis a doenças e agravos, enfatiza-se a importância da identificação dos DSS para a análise da vulnerabilidade de ordem individual, social ou institucional (AYRES *et al.*, 2012). Compreender e identificar as vulnerabilidades são habilidades que devem ser apresentadas e desenvolvidas desde a formação profissional, de modo a torná-los capazes de planejar ações assertivas e eficazes para promover o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

Com base no exposto, apresentam-se as seguintes proposições teóricas: 1) A vulnerabilidade pode ser explicada com base na dimensão individual, social e institucional; 2) A análise do contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e a identificação de situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde realizam-

se por meio dos DSS; 3) A interpretação de situações de vulnerabilidade infantil para desenvolvimento de habilidades inicia-se desde a formação do profissional.

Estas proposições teóricas deram subsídios para a formulação da questão de pesquisa que norteou este estudo: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina?

Assim, este estudo teve como principal objetivo evidenciar como se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina. Como objetivos específicos, buscou-se:

- Sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre a implicação dos Determinantes Sociais de Saúde na saúde infantil.
- Analisar como a vulnerabilidade infantil é abordada na formação do enfermeiro.
- Conhecer, na perspectiva da atenção primária à saúde de Florianópolis, o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem.
- Analisar a vulnerabilidade infantil nas dimensões individual, social e institucional presentes em Florianópolis, Santa Catarina.

Com estas considerações, defendo a tese de que a análise da vulnerabilidade infantil, por meio dos determinantes sociais de saúde, permite identificar situações nas dimensões individual, social e institucional, passíveis de prevenção e controle. O olhar apurado para a vulnerabilidade inicia-se na formação do profissional, habilitando-o a identificar, precocemente, situações de vulnerabilidade.

Espera-se que esta tese possa contribuir para a sensibilização e reflexão de gestores, profissionais, docentes e discentes sobre a fragilidade do ser criança e os inúmeros fatores que as expõem a situações de vulnerabilidade, comprometendo seu pleno crescimento e desenvolvimento.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este estudo fundamenta-se teoricamente na gestão em saúde, sendo as políticas públicas de saúde uma das funções gestoras que regulam as atividades governamentais. No contexto da saúde infantil, a política em vigor é a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, a qual guia as ações para que as crianças cresçam e se desenvolvam em todo o seu potencial. Fundamenta-se também na vigilância em saúde, que, enquanto instrumento gerencial, utiliza os indicadores de saúde como fonte de informação para regular, intervir e atuar em condicionantes e determinantes da saúde, a fim de proteger e promover a saúde infantil, prevenir e controlar riscos, agravos e doenças. Entende-se por DSS os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015).

### 2.1 GESTÃO EM SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INFANTIL

Entende-se por gestão em saúde como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços, e se divide nos espaços dos cuidados diretos; nas diversas instituições de saúde; e na exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Nesse sentido, a gestão atua na dimensão do gerir. Gerir como ação sobre a ação dos outros, sendo aliada ao exercício do poder. Pode-se dizer que a gestão é a disciplina do controle por excelência e a complexidade do ato de gerir não pode ocorrer sem planejamento, ou seja, envolve um processo de definição de padrões e metas, comparação de resultados e tomada de decisão, com base no que foi planejado (BARROS; MACHADO, 2011).

Podem-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e prestação direta de serviços de saúde. Dentro da função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações (BARROS; MACHADO, 2011).

Política significa tudo aquilo que se refere à cidade, ao cidadão (urbano, civil, público, sociável e social). É inerente aos Estados, às pessoas e às instituições. É uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito, quanto da cooperação, em que serão mediados valores e opiniões, necessidades concorrentes e interesses opostos (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Assim, conceitua-se políticas públicas como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental; podendo variar de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe, etc.) (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

As políticas públicas sociais são ações permanentes ou temporárias e referem-se a todas as políticas que os governos desenvolvem voltadas para o bem-estar e proteção social em cada sociedade e os determinantes do desenvolvimento social (GIOVANELLA *et al.*, 2012). É considerada como mecanismos estatais de tratamento das desigualdades geradas na própria sociedade, as quais requerem a intervenção estatal para a proteção social dos indivíduos e da coletividade (LOBATO, 2012).

As políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação (GIOVANELLA *et al.*, 2012). A saúde é uma necessidade humana básica, no entanto, não está relacionada somente à ausência de doenças, se relaciona também a um conjunto de situações que vão desde a segurança até a existência de uma renda razoável, uma habitação segura, um ambiente saudável (LOBATO, 2012).

Como uma atividade de proteção social, a política de saúde insere-se na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre indivíduos e grupos sociais, entre cidadãos e poderes públicos, etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

No que tange às políticas de saúde infantil, a promoção e recuperação da saúde sempre foi uma prioridade assumida pelo governo e, ao longo dos anos, várias ações foram sendo implementadas para atender as necessidades desse grupo populacional a fim de qualificar a assistência materno-infantil.

As políticas sociais e de saúde têm um impacto determinante na possibilidade de uma criança crescer e se desenvolver em todo o seu potencial e viver uma vida plena ou de a sua vida ser destruída (CDSS, 2010). O reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como seus direitos enquanto cidadão foi se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde a este grupo populacional, o qual passou por transformações políticas, econômicas e sociais, que ainda permanecem em constante construção (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Um marco internacional de reconhecimento e valorização da infância, em que a criança passou a ser vista como sujeito de direitos, foi a aprovação da Declaração dos Direitos da Criança, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1959 (UNICEF, 1959; SILVA, 2013).

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a proteção integral da criança, com o advento do ECA (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a). Desde então, muitos foram os avanços e conquistas na área da saúde da criança, alguns revogados, outros atualizados (APÊNDICE B).

A Constituição Federal de 1988 definiu como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988; SILVA, 2013).

Da mesma forma, o ECA estabelece que a criança (até 12 anos de idade incompletos) e o adolescente (entre 12 a 18 anos) usufruem de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, todas as oportunidades e facilidades, a fim de proporcionar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ARAÚJO *et al.*, 2014; BRASIL, 1990a; SILVA, 2013).

Atualmente, a política que orienta as ações na área da saúde das crianças é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que busca a promoção e proteção da saúde da criança e o aleitamento materno, por meio de ações de cuidados integrais e integrados à criança desde a gestação até os nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Tem a finalidade de reduzir a morbimortalidade e promover um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018a).

Orienta-se pelos princípios universais do SUS e tem a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades (BRASIL, 2018a).

## 2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A SAÚDE DA CRIANÇA

A vigilância em saúde, enquanto instrumento de gestão, é o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde (BRASIL, 2018b). O uso da informação confere o diferencial na qualificação do processo decisório dos gestores e monitorar os resultados a partir das informações permite visualizar se a organização está caminhando em direção aos seus objetivos (BARROS; MACHADO, 2011).

Os pilares do processo de trabalho da vigilância da saúde são: os problemas de saúde (doenças, doentes, necessidades e DSS – riscos, causas e danos), o território (espaço de relações e da produção/reprodução social); a intersectorialidade, que possibilita a interação e integração de diferentes setores responsáveis pela produção de saúde; e as práticas sanitárias, junção do trabalho prescrito com o não prescrito, ambos voltados para a melhoria da saúde da população. Essa forma de pensar e agir em saúde implica no processo contínuo de coleta, análise e sistematização de dados (demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários) para produzir informação para ação (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Assim, a vigilância em saúde, por meio do uso da informação, planeja e implementa medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e DSS, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. Suas ações contemplam toda a população, priorizando territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção (BRASIL, 2018b).

No contexto da vigilância em saúde, entende-se por vulnerabilidade tanto os processos geradores quanto as características das populações e territórios que possuem maiores dificuldades em absorver os impactos decorrentes de diferentes e variados graus de eventos de risco. E como risco, a probabilidade de ocorrência de evento adverso ou inesperado, que cause

doença, danos à saúde ou morte em um ou mais membros da população, em determinado lugar, num dado período de tempo (BRASIL, 2018b).

A articulação de conhecimentos e técnicas entre as áreas da vigilância (epidemiológica, em saúde ambiental, da saúde do trabalhador e sanitária), abrangendo seus processos e práticas, deve constituir o espaço da vigilância em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local (BRASIL, 2018b).

A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos (BRASIL, 2018b; ESCOTEGUY; PEREIRA; MEDRONHO, 2017; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A vigilância em saúde ambiental propicia o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar práticas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2018b; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A vigilância em saúde do trabalhador visa a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho (BRASIL, 2018b).

A vigilância sanitária é um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde (BRASIL, 2018b; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

No âmbito da saúde da criança, a vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre o ciclo gravídico puerperal da mulher e o desenvolvimento e crescimento infantil. Para analisar a situação de saúde infantil, a vigilância em saúde utiliza os indicadores de saúde para regular, intervir e atuar em condicionantes e determinantes da saúde, a fim de proteger e promover a saúde, prevenir e controlar riscos e doenças. Suas ações visam o planejamento e a implementação de medidas para alimentação e hábitos saudáveis, saúde bucal, saúde mental, imunização, aleitamento materno e triagem neonatal (BRASIL, 2004; NETA; MEDEIROS; GONÇALVES, 2018).

Os indicadores de saúde mais utilizados para monitorar a saúde infantil são as taxas de mortalidade, sendo elas, fetal, neonatal, infantil e em menores de 5 anos; níveis de escolaridade materna; cobertura de consultas de pré-natal, proporção de partos hospitalares, proporção de partos cesáreos; taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade, taxa de prevalência de aleitamento materno, taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo, taxa de prevalência de excesso de peso; cobertura vacinal, entre outros (STÁBILE *et al.*, 2013) (APÊNDICE C).

### 2.3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

A importância dos DSS foi construída ao longo do tempo. No entanto, teve destaque no final dos anos 1970 com a Conferência de Alma-Ata, e na década de 1990, com o debate sobre as Metas do Milênio, que foi ratificado com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde em 2005 (ROCHA; DAVID, 2015).

No ano de 2006, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Tal comissão define os DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (ROCHA; DAVID, 2015).

As atividades da CNDSS se baseiam no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”; e do preceito constitucional de reconhecer a saúde como “(...) direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988; CDSS, 2010).

De modo cada vez mais significativo, a natureza dos problemas relacionados com a saúde dos países ricos e pobres tende a convergir. O grau de desenvolvimento de uma sociedade, seja rica ou pobre, pode ser avaliado pela qualidade da saúde da sua população, pela justiça da sua distribuição no espectro social e o grau de proteção prestado em situações desvantajosas relacionadas com deficiências de saúde (CDSS, 2010).

Para analisar a situação de saúde de uma população é necessário compreender a situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; e saúde materno-infantil e saúde indígena

por sua importância social e por apresentarem necessidades específicas de políticas públicas (CDSS, 2010).

Vários modelos foram propostos para estudar os determinantes sociais de saúde e a trama de relações entre os diversos fatores estudados por meio desses diversos enfoques. O modelo holístico de Laframboise, desenvolvido no Canadá em 1976, estipulava que estilo de vida e condutas de saúde, biologia humana, meio ambiente e assistência sanitária seriam fatores determinantes da saúde (CEBALLOS, 2015).

No final da década de 1990, Tarlov propôs um modelo que contemplava cinco níveis de determinação social da doença, indo do nível individual para o coletivo: biológico, físico e psíquico; estilo de vida; determinantes ambientais e comunitários (família, escola, emprego e outros); determinantes ambientais físicos, climáticos e de contaminação ambiental; estrutura macrossocial, política e percepção populacional (CEBALLOS, 2015).

No Brasil, o modelo de referência adotado pela CNDSS é o de Dahlgren e Whitehead. Esse modelo estabelece níveis de determinantes que vão do individual ao macro social. Os determinantes sociais de saúde estão dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes, ilustrado conforme Figura 1 abaixo (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015).

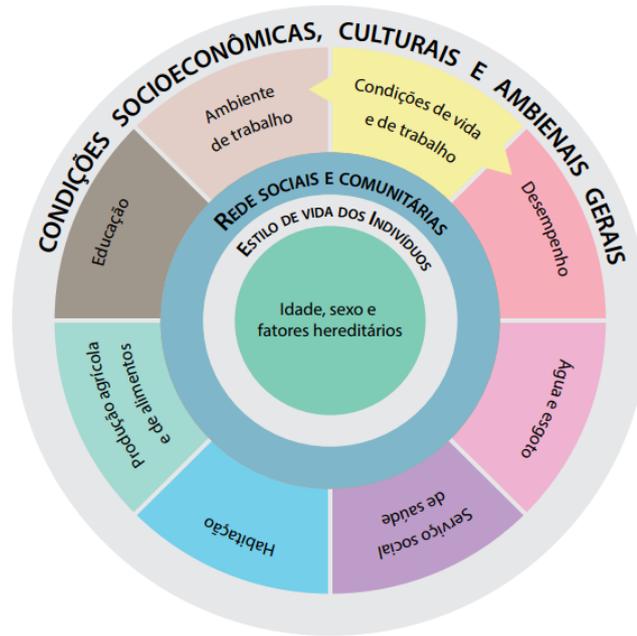
No primeiro nível estão os indivíduos, na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015). O primeiro nível é fortemente influenciado pelos DSS, uma vez que é difícil mudar comportamentos de risco sem alterar as normas culturais que os influenciam (ROCHA; DAVID, 2015).

O segundo nível corresponde às redes sociais e às comunidades. Seu foco é o fortalecimento da organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas, para se constituírem em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (ROCHA; DAVID, 2015).

O terceiro nível refere-se aos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Neste nível, as pessoas em desvantagem social estão submetidas a riscos oriundos de condições habitacionais humildes, de exposição a condições de trabalho perigosas e estressantes, além de menor acesso aos serviços essenciais (ROCHA; DAVID, 2015).

O quarto e último nível inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo e que possuem grande influência sobre as demais camadas (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015; ROCHA; DAVID, 2015).

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: CEBALLOS (2015).

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda o referencial teórico de vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Nascido no Rio de Janeiro em 10 de setembro de 1960, é graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfases em Atenção Primária em Saúde e Humanidades em Saúde, trabalhando com temas como: atenção primária à saúde, saúde de adolescentes e jovens, vulnerabilidade, HIV/aids, cuidado em saúde, integralidade, prevenção e promoção da saúde, desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e bases filosóficas das práticas de saúde (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Ayres e colaboradores contribuíram consideravelmente para a formulação teórica da vulnerabilidade, ao longo das últimas décadas, no contexto latino-americano. Essa construção teve início nas preocupações sobre a compreensão da vulnerabilidade relativa aos determinantes envolvidos na pandemia de HIV/AIDS, e em reflexões sobre cuidado, prevenção e promoção da saúde baseadas no enfoque dos Direitos Humanos. Seu primeiro texto que sistematizou a vulnerabilidade foi publicado em 1996, quando foi convidado a fazer um protocolo de avaliação de um projeto em São Paulo chamado “Prevenção também se ensina” (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

#### 3.1 ORIGEM DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE

Originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. O conceito de vulnerabilidade, especificamente aplicado à saúde, pode ser considerado o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo da epidemia da AIDS e o movimento dos Direitos Humanos, principalmente nos países do norte (AYRES *et al.*, 2009).

A epidemia da AIDS teve seu início na década de 80, colocando a população e as práticas de cuidado e prevenção no campo da saúde em alerta. Diante desta nova ameaça, iniciou a tentativa de compreendê-la, por meio do estabelecimento de instrumentos epidemiológicos de probabilística, ou seja, identificando os fatores de risco associados à doença (AYRES *et al.*, 2012).

O conceito epidemiológico de risco nasceu de uma longa e trabalhosa trajetória que buscou construir instrumentos teóricos capazes de identificar associações entre eventos ou condições patológicas a outros eventos e condições não patológicas, causalmente

relacionáveis. Ou seja, risco é a probabilidade de que um indivíduo qualquer pertencente a um dado grupo identitário (exposto) venha também a pertencer a um outro grupo identitário (afetados) (AYRES *et al.*, 2009).

Nesse sentido, as ações de controle da doença se concentraram em identificar quem eram as pessoas que estavam adoecendo e quais as suas características, o que levou a definição dos grupos de risco, por exemplo, os homossexuais. O isolamento sanitário desses grupos de risco tornou-se a base das estratégias de prevenção no início da epidemia (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Para os grupos de risco, o alvo das ações é o isolamento do agente infeccioso mediante estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Propõem-se, então, uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo a reduzir as chances de entrarem em contato com o vírus. Os resultados dessas práticas iniciais de isolamento dos grupos de risco culminaram em intensificar o preconceito e a discriminação em relação a esses grupos, produziu pouca sensibilidade para transformar a situação dos afetados e prolongou a identificação da suscetibilidade das pessoas que não se incluíam nestes grupos (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

A partir disso, um novo conceito instrumentalizou as práticas preventivas em resposta à epidemia de AIDS, o comportamento de risco. Esse novo conceito desloca o risco da ideia de pertencimento identitário de um grupo populacional específico em direção à identificação dos comportamentos que efetivamente expõem as pessoas ao vírus. O conceito de comportamento de risco estimulou o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção, por meio da busca de transformação de seus comportamentos. No entanto, a noção de comportamento de risco colocou a responsabilidade sobre o indivíduo acometido, culpabilizando-o por não ter aderido a um comportamento seguro ou falhado nos esforços de prevenção (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Diante disso, críticas a esse conceito enfatizavam que a mudança de comportamento é condicionada por coerções e disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica, desigualmente distribuída entre os sexos, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias. Ainda, com o passar dos anos, o perfil da epidemia da AIDS se modificou, afetando os grupos sociais com menor poder social, como os pobres, mulheres e negros. Essa mudança no rumo da epidemia levou à pesquisadores, no início da década de 90, a buscar um novo instrumental para compreender e intervir na AIDS, a análise de vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

A partir dessa nova concepção, a noção de vulnerabilidade buscou responder que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2012).

A vulnerabilidade como conceito possui três qualidades indissociáveis. Primeiro, a vulnerabilidade não é binária, ela é multidimensional, ou seja, em uma mesma situação estamos vulneráveis a alguns agravos e não a outros. O que pode nos deixar vulneráveis sob um aspecto pode nos proteger de outro. Segundo, a vulnerabilidade não é unitária, ela não responde ao modelo “sim ou não”, há sempre vulnerabilidade em diferentes graus. Terceiro, a vulnerabilidade não é estável, as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo. Portanto, as pessoas não “são” vulneráveis, elas “estão” vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço (AYRES *et al.*, 2009).

### 3.2 ANÁLISE DE VULNERABILIDADE

A principal preocupação expressa na proposição de vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco (sexo, idade, profissão) à luz de seus significados sociais concretos, de forma que tais categorias analíticas abstratas não sejam incorporadas sem as necessárias mediações ao desenho de práticas de intervenção (AYRES *et al.*, 2012).

A experiência com a pandemia da AIDS, somada a outras condições nos ambientes políticos, científicos e tecnológicos, abriram espaço para a elaboração e aplicação do conceito de vulnerabilidade de forma mais articulada. Atualmente, a discussão da vulnerabilidade expandiu-se para outras áreas da saúde como saúde do adolescente (AYRES *et al.*, 2003; AYRES *et al.*, 2006; AYRES, 2015), saúde da mulher (FIGUEIREDO; AYRES, 2002; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013), aleitamento materno (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013), saúde do homem (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002), políticas públicas de saúde (AYRES, 2007; CALAZANS; PINHEIRO; AYRES, 2018).

Os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses

pragmaticamente construídas com base em aspectos individuais (biológicos, comportamentais e afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que determinam aqueles aspectos e, particularizando a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

A fim de atingir esse objetivo, a análise de vulnerabilidade busca integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades ou, até mesmo, nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis à danos, agravos ou doenças, são eles: dimensão individual, dimensão social e dimensão institucional (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009). As situações individuais, sociais e institucionais não podem ser analisadas de forma isolada, elas são mutuamente referidas e devem ser sempre singularizadas com base nas seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem, vulnerabilidade a quê, vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013)?

As dimensões de análise de vulnerabilidade sintetizam, sistematizam, aperfeiçoam e enriquecem um conjunto de preocupações e proposições que há mais de um século vem orientando as teorias e práticas preocupadas com o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença (AYRES *et al.*, 2012).

### **3.2.1 Dimensão individual da vulnerabilidade**

A análise da dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que todos os indivíduos são susceptíveis à danos, agravos ou doenças. Tais análises tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao dano ou, ao contrário, proteger-se. Ou seja, diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a doença e suas formas de transmissão; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las a sua rotina de preocupações e ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas efetivas de prevenção (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Na dimensão individual, a avaliação de vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, com os comportamentos que criam a oportunidade de sofrer danos, doenças ou agravos. Considera, entretanto, que os comportamentos associados a maior chance de exposição ao dano, adoecimento ou agravo não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm

das possíveis consequências decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência (AYRES *et al.*, 2009).

Nessa dimensão, são considerados aspectos como valores, interesses, crenças, credos, desejos, conhecimentos, atitudes, comportamentos, relações familiares, relações de amizade, relações afetivo sexuais, relações profissionais, situação material, situações emocionais, situação física e redes e suportes sociais (AYRES *et al.*, 2012).

### **3.2.2 Dimensão social da vulnerabilidade**

Ao considerar os processos saúde-doença como processos sociais, avaliações restritas ao plano individual não são suficientes. O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade (AYRES *et al.*, 2012).

Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem a vulnerabilidade do indivíduo. Ressalta-se que a obtenção de informações, as possibilidades de assimilação dessas informações e o poder de realizar mudanças práticas no cotidiano, não dependem só das pessoas individualmente, mas, de acesso a meios de comunicação, educação, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, entre outras (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Nessa dimensão também são consideradas as normas sociais; relações de gênero, raça/etnia, entre gerações; normas e crenças religiosas; estigma e discriminação; quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; grau de prioridade política e econômica dada à saúde; acesso e qualidade dos serviços de saúde; nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde (por exemplo, a taxa de mortalidade infantil); aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a situação da criança (legislações de proteção específica, exposição à violência); grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; acesso à justiça, à cultura, ao lazer e esporte, à informação; participação política e cidadania; condições de bem-estar social (moradia, estudo, emprego, acesso a bens de consumo, entre outros (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2003).

### 3.2.3 Dimensão institucional da vulnerabilidade

A vida das pessoas está sempre mediada pelas diversas instituições sociais, como as famílias, escolas, serviços de saúde, etc. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam para não se expor a doenças ou agravos e se proteger dos danos estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços institucionais (AYRES *et al.*, 2012).

A dimensão de análise da vulnerabilidade institucional busca avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Por isso, diagnósticos de vulnerabilidade e elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos que dispõem, os valores e competências de suas gerências, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a suscetibilidade das propostas e especialmente sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação são fundamentais (AYRES *et al.*, 2012).

Nessa dimensão são considerados aspectos como conjunto de políticas dos governos; planejamento e avaliação das políticas; participação social no planejamento; governabilidade; controle social; articulação multissetorial das ações; atividades intersetoriais; organização do setor saúde; acesso e qualidade dos serviços; integralidade da atenção; equidade das ações; equipes multidisciplinares; enfoques multidisciplinares; integração entre prevenção, promoção e assistência; preparo técnico-científico dos profissionais e equipes; compromisso e responsabilidade dos profissionais; respeito, proteção e promoção de direitos humanos; planejamento, supervisão e avaliação dos serviços; e responsabilidade social e jurídica (AYRES *et al.*, 2012).

### 3.3 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DAS VULNERABILIDADES

A lógica da vulnerabilidade, ao buscar produzir essas sínteses particularizadoras da diversidade e complexidade das situações de suscetibilidade coletiva, ao basear-se, para isso, em enfoques necessariamente interdisciplinares e intersetoriais, e ao articular em suas construções conceituais elementos estritamente técnicos a outros radicalmente sociais e políticos, tende a colaborar para que os elementos sociais, econômicos, culturais, políticos e

éticos da prevenção passem do pano de fundo a que os relega os enfoques comportamentalistas para o plano das ações concretas, sendo eles próprios objetos de intervenção (AYRES *et al.*, 2003).

O caráter abrangente e complexo da análise da vulnerabilidade permite um raciocínio sistemático que prepara para a ação. Nesse sentido, é necessário a constante apreciação de possíveis objetivos e estratégias para a intervenção segundo três princípios: efetividade, operacionalidade e progressividade (AYRES *et al.*, 2009).

O princípio da efetividade busca escolher, entre as diversas alternativas para ação, aquela que julgamos mais capaz de ser colocada em prática, por razões políticas, éticas, filosóficas, técnicas, etc. A operacionalidade está relacionada em abrir mão de certas possibilidades mais ambiciosas em favor de uma operacionalidade técnica que pode ser definitiva para a efetividade de um objetivo (AYRES *et al.*, 2009).

Para a progressividade é necessário pensar no que pode ser efetivo e operacional a curto, médio e longo prazo. Os objetivos a curto, médio e longo prazo devem ser vistos como círculos concêntricos que vão do mais imediato ao mais estrutural na determinação das situações de vulnerabilidade, sempre concebidos com base em suas mútuas relações (AYRES *et al.*, 2009).

Para a redução das vulnerabilidades, a transformação das práticas é necessária não apenas do plano individual, mas como sujeitos sociais, como agentes da esfera pública da vida social. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção da cidadania, ativismo político, ação jurídica, defesa dos Direitos Humanos é parte indissociável das ações de prevenção e cuidado (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

As estratégias específicas das ações de prevenção e promoção da saúde, na perspectiva da vulnerabilidade, têm procurado ampliar do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas como o alvo das suas intervenções. Ou seja, é necessário que os sujeitos sejam alertados, mas, para além disso, que possam responder de forma que superem os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Por esse motivo, o enfoque educacional, essencial nos processos de promoção da saúde e prevenção de danos, doenças e agravos, deve assumir uma atitude construtivista. Fazer com que o indivíduo busque e se aproprie de informações que façam sentido para ele, que se mobilize autenticamente e encontre alternativas práticas que permitam a superação das situações que os vulnerabilizam (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Por outro lado, as ações de redução de vulnerabilidade não podem ser efetivas e operacionais se mantidas restritas à esfera do setor saúde, sendo a ação intersetorial fundamental. As chances de melhores resultados se expandem quando articuladas as áreas da educação, do trabalho, do bem-estar social, jurídica e cultural (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

No entanto, não adianta falar de vulnerabilidade, se não modificarmos as formas habituais de se trabalhar com saúde. É preciso reconstruir o modo como se pensa a interação entre os profissionais e as pessoas às quais se quer dirigir as ações. Se não houver mudança na forma de interação entre as pessoas nas práticas de saúde, mantém-se um processo de trabalho enrijecido, preso a determinados meios e resultados que necessita, no mínimo, tornar-se mais efetivo, real e concreto, senão transformar-se mesmo (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Na perspectiva do cuidado, o objeto do cuidado deve ser construído intersubjetivamente. Quer dizer, o saber técnico-científico profissional produz um certo recorte objetivo que, junto com o saber prático e a partir de uma interação que produz a sabedoria prática, tornam possível fazer a intervenção mais adequada para as pessoas envolvidas. A intervenção é fundamental para reduzir vulnerabilidades, para, de fato, criar os serviços, nas diversas áreas de ação em saúde, que devem, cada vez mais, não se limitar ao próprio local, mas também atingir outros espaços de sociabilidade, como escolas, associações de bairro, locais onde de alguma forma se discuta a natureza social. É necessário criar mais espaços para ouvir mais o outro, valorizar esse saber do outro e tentar construir algo juntos (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Para tanto, é preciso retirar do centro das práticas preventivas o profissional de saúde, com seu saber e recursos especializados, mas sim, os próprios indivíduos sociais afetados que são os mais capazes de apreender e lidar com os obstáculos à sua própria saúde. O profissional tem a tarefa de concepção, desenvolvimento e monitoramento das estratégias. Deve ser um mediador entre os sujeitos e o conjunto de recursos de que deve dispor para construir sua saúde (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

A abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demonstra que a mudança não parte do indivíduo em relação a outro e seu contexto. As mudanças mais profundas acontecem quando se constrói possibilidades de os indivíduos estarem uns de frente aos outros em sem contexto, de modo que torne a saúde de todos mais satisfatória (AYRES *et al.*, 2012).

### 3.4 SAÚDE DA CRIANÇA E VULNERABILIDADE

Na saúde da criança, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de condições complexas que torna a criança susceptível a sofrer prejuízos ou atrasos em seu crescimento e/ou desenvolvimento, devido à influência de elementos de ordem individual, social e institucional (SILVA *et al.*, 2013).

Silva *et al.* (2013) propôs um modelo conceitual que permite a análise da vulnerabilidade de acordo com as especificidades do desenvolvimento infantil, tendo em vista que o constructo teórico sobre vulnerabilidade elaborado por Ayres, para a análise da vulnerabilidade à AIDS, não pôde ser aplicado devido às especificidades da criança.

A análise de vulnerabilidade do desenvolvimento infantil, agrupa teoricamente as situações adversas ao desenvolvimento infantil segundo as dimensões da vulnerabilidade: dimensão individual, social e programática (institucional) (SILVA *et al.*, 2013).

Vários estudos na literatura analisam as condições de saúde das crianças sob a perspectiva da vulnerabilidade. Silva *et al.* (2015) aponta como vulnerabilidade no desenvolvimento da criança as iniquidades sociais; outro estudo mostra que a vulnerabilidade da criança é influenciada pelos elos familiares fracos, pela dependência química e pela violência doméstica (SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014); a interrupção dos estudos, maternidade na adolescência, pouca oportunidade de emprego, incipiências na rede de apoio social também são apontadas como aspectos de vulnerabilidade (MELLO *et al.*, 2014).

Um estudo traz como vulnerabilidade a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e conhecimento sobre os direitos da criança (MILBRATH *et al.*, 2016); em relação à vulnerabilidade programática, um estudo apontou fatores orçamentários, institucionais, administrativos e assistenciais prejudiciais ao cuidado (SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015); vulnerabilidades como a precariedade na educação e saneamento podem influenciar no desenvolvimento infantil em nível físico, psicológico e social (DILLENBURG *et al.*, 2017).

#### 3.4.1 Dimensão individual

A criança pode ter prejuízos em seu desenvolvimento se ocorrer ausência ou insuficiência nas relações sustentadoras contínuas e/ou a falta ou insuficiência de proteção física e segurança (SILVA *et al.*, 2013).

As relações são sustentáveis quando representam relacionamentos que permitem à criança desenvolver um senso de confiança em si e em seu ambiente, aprender a conviver socialmente, desenvolver empatia pelo próximo em sua individualidade e almejar o alcance de

coisas que são importantes para si. Essas relações são influenciadas pela estrutura familiar da criança, os laços afetivos para com a criança e a rede social de apoio ao desenvolvimento infantil (SILVA *et al.*, 2013).

A falta ou insuficiência de proteção física e segurança, pode colocar em perigo a sobrevivência e o desenvolvimento infantil devido à falta de garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica. 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. A proteção física e a segurança são expressas pelo acompanhamento pré-natal, tipo de parto e idade gestacional, condições fisiológicas da criança, cuidado à saúde e prevenção de agravos à criança, padrão alimentar e exposição a agentes ou situações danosas (SILVA *et al.*, 2013).

### **3.4.2 Dimensão social**

Na dimensão social, a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento se ocorrerem insuficiências ou iniquidades na inserção social da família, caracterizada por suas condições socioeconômicas e educacionais. A posição da família na produção e na reprodução social determina suas condições materiais de vida, sua autonomia e capacidade decisória e de suprir as necessidades essenciais da criança. A inserção social da família é determinada pelo nível de escolaridade dos cuidadores, qualificação profissional do chefe da família, acesso ao trabalho, renda familiar per capita e condições habitacionais da família (SILVA *et al.*, 2013).

Nessa dimensão, considera-se que o acesso aos direitos à proteção e promoção social representam o alcance dos cidadãos a recursos que influenciarão sua tomada de decisão, suas possibilidades de enfrentar barreiras socioculturais e de possuir condições de cuidar de sua saúde. O acesso está relacionado à falta ou aos impedimentos no acesso a saúde, instituições sociais e educacionais, proteção social básica e especial, cidadania, recreação, lazer e cultura, igualdade de raça, gênero e crença religiosa e participação política (SILVA *et al.*, 2013).

### **3.4.3 Dimensão institucional**

Na dimensão institucional, relacionada às políticas e programas de atenção à criança, pode haver dificuldades em seu desenvolvimento se ocorrerem falhas ou descumprimentos 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 que podem

contribuir para diminuir as mortes infantis e diminuir as desigualdades que condicionam os prejuízos em seu desenvolvimento. Está relacionado com o grau de investimentos que o Estado disponibiliza para o financiamento das ações de atendimento à criança (SILVA *et al.*, 2013).

Esse cenário é caracterizado por 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 (SILVA *et al.*, 2013).

A implementação político-programática é orientada pela estrutura dos programas de atenção e proteção à saúde materno-infantil, a capacidade dos serviços em prover atenção integral com equidade das ações, ações multidisciplinares e interdisciplinares, capacidade tecnológica e científica, compromisso e responsabilidade dos profissionais (SILVA *et al.*, 2013).

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo é constituído pelo manuscrito “IMPLICAÇÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA SAÚDE INFANTIL: uma revisão de literatura”, que apresenta o estado da arte nacional e internacional a respeito do conhecimento produzido sobre a implicação dos determinantes sociais de saúde na saúde infantil.

O manuscrito segue o disposto na Instrução Normativa n.10 de 15 de junho de 2011 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que estabelece o formato e elaboração de apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

##### 4.1 MANUSCRITO 1: IMPLICAÇÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA SAÚDE INFANTIL: uma revisão de literatura

#### RESUMO

**Objetivo:** sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre a implicação dos determinantes sociais de saúde na saúde infantil. **Método:** revisão integrativa de literatura, na qual foram selecionados estudos publicados entre 2016 a 2020, indexados na base eletrônica da PubMed, Portal CAPES, LILACS, BDENF e SciELO, utilizando os descritores Determinantes Sociais da Saúde e saúde infantil. Os 32 estudos selecionados foram organizados e analisados com auxílio do Microsoft Excel®. **Resultados:** os estudos mostraram que os Determinantes Sociais da Saúde estão presentes no contexto em que as crianças crescem e se desenvolvem. Os principais determinantes estão ligados a questões socioeconômicas como moradia, renda, escolaridade; acesso ao serviço de saúde; e aspectos materno-infantis como idade e saúde materna. Tais determinantes influenciam no estado nutricional infantil, com desnutrição, sobrepeso e obesidade, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A, desmame precoce, introdução de alimentos processados e a doença diarreica aguda. Ainda, interfere em aspectos relacionados à violência e acidentes domésticos, completude de esquema vacinal e conseqüentemente, na mortalidade infantil. **Conclusão:** conhecer os principais determinantes sociais de saúde que influenciam o crescimento e desenvolvimento infantil contribui para a reflexão acerca das ações voltadas para a qualificação da assistência à criança e prevenção da morbimortalidade infantil.

**Palavras-chave:** Determinantes Sociais da Saúde. Saúde da Criança. Indicadores de Morbimortalidade. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança vem sofrendo constante mudança nos modelos assistenciais, com o foco voltado para a qualidade de vida e a defesa dos direitos humanos. Diante da maior vulnerabilidade em seu processo de crescimento e desenvolvimento, a criança é considerada uma prioridade nas políticas públicas de saúde, que buscam garantir a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis e sua sobrevivência com qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2018; RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017).

Considerar o contexto em que a criança cresce e se desenvolve significa pensar nas iniquidades e injustiças sociais, aspectos biológicos, socioeconômicos e de acesso aos serviços de saúde e educação. Dessa forma, a morbimortalidade infantil expressa a combinação de fatores contextuais, hereditários e relacionados à atenção prestada à saúde da criança. Reflete também a situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico, além da eficácia das políticas públicas na área da saúde, educação, saneamento, geração e distribuição de renda (CARNEIRO *et al.*, 2016; RUOFF; ANDRADE; SCHMITT, 2017).

Nessa circunstância, para se realizar uma análise mais aprofundada dos aspectos que levam a ocorrência da morbimortalidade infantil, deve-se considerar a complexidade dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) (RIBEIRO *et al.*, 2019). Os DSS podem ser entendidos como fatores socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de riscos e agravos à saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

Crianças menores de cinco anos estão entre as mais vulneráveis à DSS, especialmente por limitações ao acesso a serviços primários, e são potencialmente sensíveis a melhorias na sua condição de saúde, a partir de investimentos neste nível de atenção, com redução das internações hospitalares e mortalidade (CARNEIRO *et al.*, 2016)

Considerando o contexto em que a criança cresce e se desenvolve, e tendo em vista que os DSS interferem na saúde infantil, é necessário conhecer quais DSS estão relacionados com a morbimortalidade infantil, com o propósito de identificar as fragilidades na saúde das crianças. Assim, justifica-se a realização desta revisão, que tem como objetivo sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre a implicação dos Determinantes Sociais de Saúde na saúde infantil.

## MÉTODO

O delineamento do estudo se deu por meio das recomendações do *checklist* do *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies* (PRISMA) e da elaboração de um protocolo, validado por parecerista *expert*, constituído de seis etapas metodológicas propostas por Ganong (1987): identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; e a apresentação da revisão.

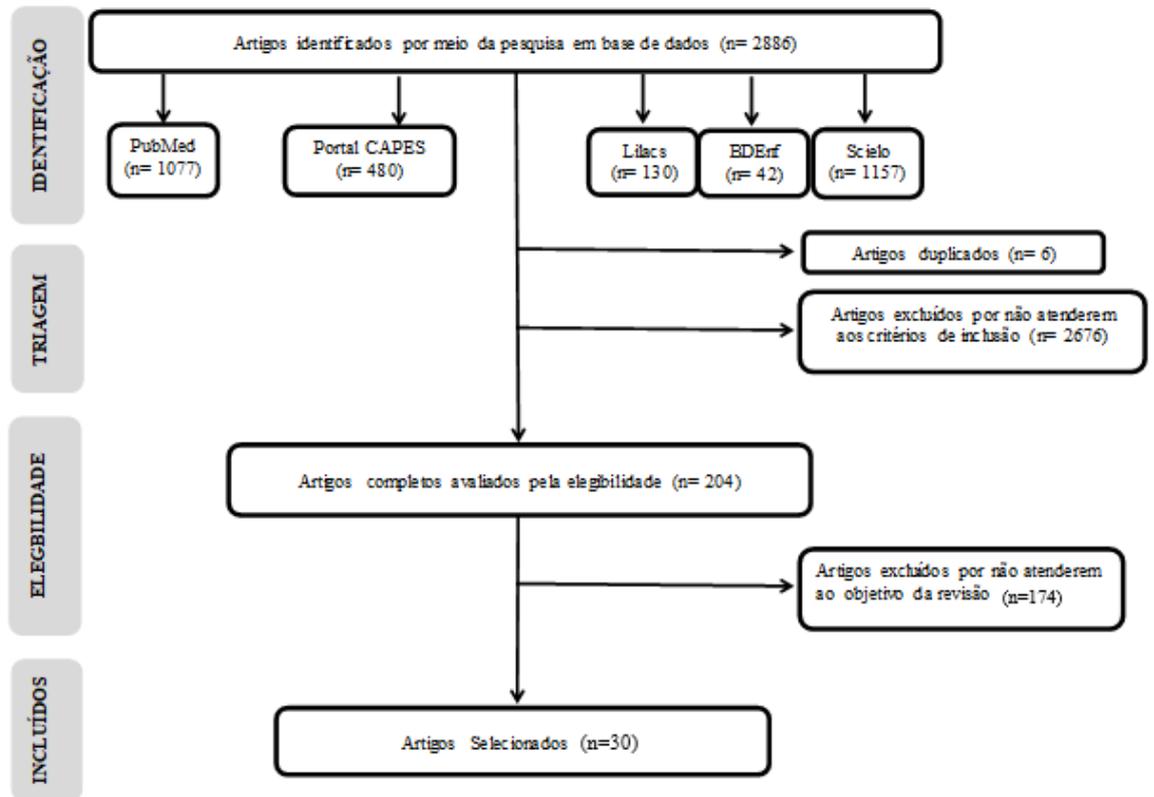
Na primeira etapa, delimitou-se a questão para a revisão: como se apresenta a literatura científica nacional e internacional a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde e sua implicação na saúde das crianças? Com o objetivo de sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre a implicação dos determinantes sociais de saúde na saúde infantil.

Utilizaram-se como filtros os idiomas português, inglês e espanhol; no recorte temporal de 2016 a 2020. Foram incluídos resultados de pesquisas, relatos de experiência, estudos de reflexão, revisões e relatórios de gestão. Foram excluídos editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, resumos de anais, ensaios, publicações duplicadas, dossiês, documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais, teses, dissertações, boletins epidemiológicos, livros e artigos que não atendessem o escopo desta revisão.

Para o levantamento da literatura, foram consultadas as bases bibliográficas eletrônicas no mês de novembro de 2018 e atualizada no mês de julho de 2020 sendo elas: Public/Publish Medline (PubMed), Portal CAPES, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para composição da estratégia de busca, foram selecionados os seguintes descritores em saúde: Saúde da Criança e Determinantes Sociais de Saúde; e seus respectivos termos em inglês (*Child Health* e *Social Determinants of Health*) e espanhol (*Salud del Niño* e *Determinantes Sociales de la Salud*).

A partir da estratégia de busca foram identificados 2886 estudos nas cinco bases de dados pesquisadas. Na terceira etapa os estudos identificados foram pré-selecionados por meio da leitura de título, resumo, palavras-chave ou descritores, excluindo-se os duplicados e aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 204 artigos. Estes foram lidos na íntegra, excluindo-se os que não atenderam ao escopo, compondo esta revisão 30 estudos (APÊNDICE A). A Figura 2 apresenta o fluxograma de seleção dos estudos.

Figura 2 - Fluxograma de seleção dos estudos segundo o PRISMA.



Fonte: Adaptação do PRISMA (2021).

Na quarta etapa, os estudos selecionados foram categorizados em tabela no Microsoft Excel® por meio de um instrumento de coleta de dados para registrar as informações extraídas dos artigos e para uma análise crítica, que constava os seguintes itens: base de dados, ano, autor, título, local, objetivo, método e implicações dos DSS na morbimortalidade infantil.

A quinta etapa consistiu-se na análise e interpretação dos resultados e discussão, destacando-se os principais determinantes sociais de saúde infantil. Na última etapa, organizou-se a revisão e síntese do conhecimento produzido acerca das atividades realizadas pelos comitês para a prevenção do óbito infantil e fetal.

## RESULTADOS

Dos artigos selecionados, quatro são da base de dados da PubMed, quatro do Portal CAPES, quatro da LILACS, um da BDEF e 17 da SciELO.

Sete estudos foram publicados no ano de 2016, 15 no ano de 2017, sete no ano de 2018 e um em 2019. Em relação ao delineamento da pesquisa, todos os estudos apresentaram abordagem quantitativa, sendo eles transversal (22), caso controle (dois), coorte (três), estudo ecológico (um) e descritivo (dois).

Quanto à localidade, os países Colômbia (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016), Cuba (ROMO; BRAVO; FERNÁNDEZ, 2018), Angola (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017), Bangladesh (HUDA *et al.*, 2016), Itália (PROTANO *et al.*, 2017) e Ruanda (MUKABUTERA *et al.*, 2016) apresentaram uma pesquisa cada.

No Brasil foram encontrados 24 estudos, sendo quatro de abrangência nacional (PEREIRA *et al.*, 2017; LIMA; DAMIANI; FUJIMORI, 2018; SANTOS *et al.*, 2017b; HORTA *et al.*, 2016), três realizados na região Norte e Nordeste (LEAL *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018a; SILVA *et al.*, 2018b), um realizado na região Sul (DALLAZEN *et al.*, 2018), dois estudos realizados na região da Amazônia (ARAÚJO *et al.*, 2016; IMADA *et al.*, 2016), três no estado no Paraná (ARAUJO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2017a; SALDAN *et al.*, 2017), dois no estado de São Paulo (SLEUTJES *et al.*, 2018; VAZ; NASCIMENTO, 2017), um no estado de Pernambuco (VASCONCELOS *et al.*, 2018), um no estado do Maranhão (BATALHA *et al.*, 2017), dois no estado de Minas Gerais (CARVALHO *et al.*, 2017; NOBRE *et al.*, 2017), um no estado do Ceará (OLIVEIRA *et al.*, 2017), dois no estado da Bahia (NOVAES *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017), um no estado do Rio Grande do Sul (BARCELOS *et al.*, 2017) e um estado da Paraíba (PEDRAZA; SALES; MENEZES, 2016).

O Quadro 1 apresenta a caracterização dos estudos quanto ao autor/ano, título, objetivos e os DSS associados a saúde infantil. No que se refere aos títulos e objetivos dos estudos, estes se preocupam em identificar os DSS relacionados a mortalidade neonatal, infantil e em menores de cinco anos, violência sexual em crianças, acidentes domésticos, completude do esquema vacinal e ocorrência de diarreia. Também buscam compreender sobre o estado nutricional, investigando DSS da obesidade e sobrepeso, déficit de estatura e peso, desnutrição, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A, introdução de alimentos não recomendados para a faixa etária e alimentos processados e ultra processados. Ainda, identificam os DSS da introdução de fórmulas lácteas em menores de 6 meses de idade e da interrupção do aleitamento materno.

Quadro 1- Principais características dos estudos selecionados.

| Autor/Ano                     | Título | Objetivo | Determinantes Sociais da Saúde |
|-------------------------------|--------|----------|--------------------------------|
| <b>Estudos Internacionais</b> |        |          |                                |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| ROMO; BRAVO;<br>FERNÁNDEZ,<br>2018          | Determinantes sociais de saúde associados com o excesso de peso na população infantil   | Analisar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o excesso de peso em crianças menores de seis anos.   | Os DSS associados excesso de peso infantil são: idade entre dois a seis anos, maior tempo de permanência em casa e crianças alimentadas com fórmula láctea associada ao leite materno no primeiro seis meses de vida.  |
| SOLARTE;<br>CASTRO;<br>CORREA, 2016         | Estado nutricional e determinantes sociais em crianças entre 0 e 5 anos da comunidade de Yunguillo e de Red Unidos, Mocoa - Colômbia  | Estabelecer o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos da comunidade de Resguardo Yunguillo e da Red Unidos do município de Mocoa em 2014 e sua relação com os determinantes sociais.   | Os DSS associados ao estado nutricional infantil são: raça indígena, baixo nível de escolaridade dos pais, pertencer ao programa de alimentação complementar e renda familiar menor que um salário mínimo.   |
| FERANDES;<br>CASTRO;<br>SARTORELLI,<br>2017 | Fatores associados aos déficits nutricionais entre crianças africanas menores de cinco anos, Bom Jesus, Angola  | Identificar os determinantes dos déficit estatural (índice altura/idade) e ponderal (índice peso/altura) entre crianças menores de cinco anos da Comuna de Bom Jesus, Angola  | Os DSS associados ao déficit nutricional são: Déficit de estatura-crianças do sexo masculino, abastecimento de água proveniente do rio ou lago, expulsão de parasitas e infecções nos 15 dias anteriores à pesquisa. Déficit de peso/altura- menor probabilidade de acometimento em crianças cujas mães tinham idade entre 25-34 anos, pai com elevado número de filhos ou o pai não vivia no domicílio. |
| MUKABUTERA<br><i>et al.</i> , 2016          | Variação das chuvas e saúde infantil: efeito das chuvas na diarreia em crianças com menos de 5 anos no Ruanda, 2010   | Examinar a associação entre os padrões pluviométricos de Ruanda e a diarreia infantil e o impacto das variáveis de saneamento domiciliar nessa relação.   | Os DSS associados a diarreia são: saneamento básico inadequado   |
| PROTANO <i>et al.</i> ,<br>2017             | Determinantes sociais baseados na família e saúde da criança: estudo transversal  | Avaliar a associação entre urbanização de área residencial, nível de escolaridade dos pais, status de emprego, sobrepeso / obesidade, atividade física e exposição à fumaça ambiental de tabaco (FAT), em uma amostra de escolares saudáveis em idade escolar (5-11 anos).  | Os DSS associados ao sobrepeso/obesidade são: viver em área rural e menor escolaridade materna.  |
| HUDA <i>et al.</i> ,2016                    | A importância dos fatores intersetoriais na promoção da cobertura universal de saúde orientada para a equidade: uma análise multinível dos determinantes sociais que afetam a mortalidade de recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos em Bangladesh. | Examinar diferenciais de mortalidade em crianças de diferentes grupos etários por determinantes sociais essenciais da saúde (DSS), incluindo educação e emprego dos pais, nível de autonomia da mãe, idade, índice de ativos, condições de vida (utilitários) e outros fatores geográficos contextuais (área de residência, condições da estrada) | Os DSS associados a mortalidade em menores de 5 anos são: baixa idade materna, baixa escolaridade dos pais, a autonomia da mãe para tomar decisões sobre questões ligadas à saúde de seu filho e condições socioeconômicas do domicílio precárias.   |
| <b>Estudos Nacionais</b>                    |   |   |  |
| LEAL <i>et al.</i> , 2017                   | Determinantes do óbito  | Identificar os determinantes  |  |

|                                  |   |  |   |
|----------------------------------|---|--|---|
|                                  | infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil  | sociais, demográficos, da saúde reprodutiva e de utilização dos serviços de saúde associados ao óbito infantil em municípios de pequeno e médio porte das regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil.         | Os DSS associados à mortalidade infantil são: a família trabalhar na agricultura, a mãe ter tido história de perdas fetais e infantis, não ter feito pré-natal ou ter tido um pré-natal inadequado e não estar vinculada à maternidade durante o pré-natal.   |
| ARAÚJO <i>et al.</i> , 2019      | Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná - Brasil   | Investigar os determinantes de violência sexual infantil a partir dos casos notificados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no estado do Paraná.                               | Os DSS associados à violência sexual infantil são: faixa etária de 5 a 9 anos, sexo feminino, negros e indígenas; o estupro foi a tipologia de violência sexual mais frequente, seguido pelo assédio sexual; ocorrido no domicílio, por meio da força corporal/espancamento e agressão psicológica por meio de ameaça; os autores da violência são, de alguma forma, conhecidos ou próximos da criança ou da família. |
| SLEUTJES <i>et al.</i> , 2018    | Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil   | Identificar os fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista   | Os DSS associados ao óbito neonatal são: prematuridade, baixo peso ao nascer, índice Apgar entre 0 e 3, seguimento pré-natal com sete ou mais consultas e história materna de óbito infantil anterior.  |
| SANTOS <i>et al.</i> , 2017a     | Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil              | Relacionar o sobrepeso infantil com a percepção familiar da silhueta da criança e a preocupação com o excesso de peso na infância.   | Os DSS associados sobrepeso e a obesidade infantil são: não percepção pelos responsáveis, desconhecimento do peso e altura das crianças, despreocupação com excesso de peso e famílias de baixa renda.  |
| PEREIRA <i>et al.</i> , 2017     | Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional              | Avaliar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos no Brasil no ano de 2009, o associando aos fatores sociais e demográficos.  | Os DSS associados sobrepeso e a obesidade infantil são: sexo masculino, da zona urbana, de cor/raça branca, com 3 anos de idade e de famílias com faixas de renda intermediárias.   |
| VASCONCELOS <i>et al.</i> , 2018 | Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006 | Descrever e comparar variações dos fatores associados à prevalência de diarreia em menores de cinco anos no estado de Pernambuco.  | Os DSS associados a diarreia infantil são: ausência de abastecimento ou tratamento de água, baixa idade materna, crianças < 2 anos e renda inferior a um salário mínimo.  |
| SILVA <i>et al.</i> , 2018a      | Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados                                      | Verificar a adequação e os fatores associados ao cumprimento do esquema vacinal (BCG, DTP-Hib, SCR, VCP-10) em crianças internadas com pneumonia em um hospital de referência pediátrica no Nordeste do Brasil | Os DSS associados ao esquema vacinal completo são: mães com ensino médio completo, criança do sexo feminino, com idade < 6 meses e que receberam aleitamento materno.   |
| LIMA; DAMIANI;                   | Deficiência de vitamina A em crianças   | Analisar variáveis associadas à deficiência de   | Os DSS associados a deficiência de vitamina A são: residir em zona  |

|                               |   |   |  |
|-------------------------------|---|---|--|
| FUJIMORI, 2018                | brasileiras e variáveis associadas  | vitamina A (DVA) em crianças brasileiras de 6 a 59 meses de idade, considerando um modelo hierárquico de determinação.  | urbana, Idade materna $\geq 36$ anos.  |
| SILVA <i>et al.</i> , 2018b   | Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil         | Estimar percentuais de incompletude vacinal e fatores associados ao esquema vacinal para novas vacinas (EVNV) e esquema vacinal para antigas vacinas (EVAV) em crianças de 13 a 35 meses de idade de uma coorte de nascimento em São Luís, Maranhão, Brasil | Os DSS associados ao esquema vacinal incompleto são: EVNV- Crianças com 25 a 35 meses de idade e pertencer às classes D/E; EVAV- enquanto baixa escolaridade materna, indisponibilidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar para a criança e de vacina nos serviços de saúde.  |
| DALLAZEN <i>et al.</i> , 2018 | Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico                           | Identificar os fatores associados à introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida, entre crianças residentes em municípios de baixo nível socioeconômico.  | Os DSS associados a introdução de alimentos não recomendados são: menor escolaridade materna e menor renda familiar mensal.  |
| SALDAN <i>et al.</i> , 2017   | Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno  | Verificar o tipo de leite consumido por crianças menores de um ano de idade e identificar variáveis associadas ao consumo de leite não materno (LNM) — fórmula infantil ou leite de vaca (LV).  | Os DSS associados ao consumo de leite não materno são: menor escolaridade materna, o fato de a mãe não trabalhar fora, a criança consultar na rede pública de saúde e participar do Programa Leite das Crianças.   |
| BATALHA <i>et al.</i> , 2017  | Consumo de alimentos processados e ultra processados e fatores associados em crianças entre 13 e 35 meses de idade  | Avaliar o consumo de alimentos processados e ultra processados entre crianças de 13 a 35 meses e seus fatores associados.   | Os DSS associados ao consumo de alimentos processados e ultra processados são: baixa escolaridade materna e crianças com mais de 16 meses de idade.  |
| CARVALHO <i>et al.</i> , 2017 | Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento | Avaliar os fatores associados ao consumo de leite materno (LM), fórmulas lácteas (FL) e leite de vaca (LV)  | Os DSS associados ao tipo de leite consumido são: LM- uso de chupeta no 1º mês, uso de chupeta no 4º e 6º mês e ao trabalho materno. FL- uso de chupeta presente em todos os meses e pertencer ao grupo de menor renda. LV- o número inadequado de consultas pré-natal, o trabalho materno, uso de chupeta no 4º mês, baixa renda familiar e baixo peso ao nascer. |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017 | Influência de condições socioeconômicas e conhecimentos maternos na autoeficácia para prevenção da diarreia infantil                                      | Verificar a associação entre condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a sua autoeficácia para prevenção de diarreia infantil.   | Os DSS associados à diarreia infantil são: baixa renda familiar, menor idade da criança, tipo de casa de tijolo com reboco, destino de lixo inadequado, rede de esgoto precária.   |
| NOVAES <i>et al.</i> , 2017   | Prevalência e fatores associados à anemia em crianças de creches: uma análise hierarquizada   | Determinar a prevalência e os fatores associados à anemia em crianças menores de cinco anos assistidas em creches públicas de um município no sudoeste da Bahia.  | Os DSS associados à anemia infantil são: condições sanitárias inadequadas, aleitamento materno não exclusivo, idades mais precoces e com déficit nutricional.  |
| VAZ;                          | Distribuição espacial da  | Identificar padrões espaciais   | Os DSS associados a diarreia infantil  |

|                               |  |  |   |
|-------------------------------|--|--|---|
| NASCIMENTO, 2017.             | hospitalização por diarreia no Estado de São Paulo   | nas taxas de hospitalização de crianças com diarreia nos municípios do Estado de São Paulo.  | são: mães com o ensino fundamental incompleto   |
| GOMES <i>et al.</i> , 2017    | Excesso de peso e fatores associados em pré-escolares do sudoeste da Bahia   | Avaliar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em pré-escolares do sudoeste da Bahia.  | Os DSS associados ao excesso de peso infantil são: parto cesáreo, ser filho único e aleitamento materno exclusivo inferior a 4 meses.   |
| BARCELOS <i>et al.</i> , 2017 | Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004        | Descrever a incidência de quedas, cortes e queimaduras, até os quatro anos de idade, conforme nível econômico da família e idade e escolaridade maternas, entre as crianças da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 | Os DSS associados a acidentes domésticos são: mãe adolescente, baixa escolaridade materna e baixo nível socioeconômico.   |
| SANTOS <i>et al.</i> , 2017b  | Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros   | Sumarizar estudos brasileiros que analisaram os fatores de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes dos seis meses de vida da criança.  | Os DSS associados a interrupção do aleitamento materno exclusivo são: idade materna < 20 anos, baixa escolaridade materna, primiparidade, trabalho materno no puerpério, baixa renda familiar, criança do sexo feminino e uso de chupeta.   |
| NOBRE <i>et al.</i> , 2017    | Anemia ferropriva entre pré-escolares do município de Diamantina, Minas Gerais e fatores associados  | Estudar a prevalência de depleção de ferro e anemia ferropriva em pré-escolares e conhecer seus fatores associados.  | Os DSS associados a anemia ferropriva são: baixa escolaridade materna   |
| HORTA <i>et al.</i> , 2016    | Associação entre fatores socioeconômicos maternos e desfechos nutricionais em crianças menores de 5 anos                                     | Estimar a associação entre fatores socioeconômicos maternos e a ocorrência de desfechos nutricionais nas crianças menores de cinco anos em uma amostra representativa da população brasileira  | Os DSS associados aos desfechos nutricionais são: Baixa estatura- menor escolaridade materna. Excesso de peso- trabalho materno.  |
| ARAÚJO <i>et al.</i> , 2016   | Desnutrição infantil em um dos municípios de maior risco nutricional do Brasil: estudo de base populacional na Amazônia Ocidental Brasileira | Estimar a prevalência de desnutrição infantil e fatores associados em um município de elevado risco nutricional do Brasil  | Os DSS associados a desnutrição infantil são: residir na área rural, menor terço do índice de riqueza domiciliar, morar em casa de paxiúba, altura materna inferior ou igual a 146,4 cm e introdução de leite de vaca antes de 30 dias de idade.  |
| PEDRAZA; SALES; MNEZES, 2016  | Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do Estado da Paraíba, Brasil                                    | Examinar fatores associados ao déficit de estatura em crianças assistidas em creches do Estado da Paraíba, incluindo a deficiência de zinco  | Os DSS associados ao déficit de estatura são: baixo peso ao nascer, faixa etária de 6-36 meses, esquema de vacinação incompleto, baixa estatura materna, baixo peso materno, renda familiar per capita inferior a 0,5 salários mínimos e a residência em casa cedida/doada ou invadida. |
| IMADA <i>et al.</i> , 2016    | Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na   | Analisar as contribuições das melhorias socioeconômicas, higiênicas e de saneamento na redução   | Os DSS associados a diarreia são: crianças que não utilizaram água da rede pública, as que receberam leite de vaca no primeiro mês após o   |

|  |                                 |   |  |
|--|---------------------------------|---|--|
|  | redução de diarreia na Amazônia | da prevalência de diarreia em uma cidade na Amazônia. | nascimento e as residentes em domicílios de paxiúba. |
|--|---------------------------------|---|--|

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2020).

A partir da proximidade entre os conteúdos dos artigos e repetição dos temas entre eles, originaram-se cinco núcleos temáticos: Determinantes Sociais da Saúde e a mortalidade infantil; Determinantes Sociais da Saúde e o estado nutricional das crianças; Determinantes Sociais da Saúde e o cumprimento do esquema vacinal infantil; Determinantes Sociais da Saúde e a diarreia infantil e os Determinantes Sociais da Saúde de acidentes e violência doméstica.

### **Determinantes Sociais da Saúde e a mortalidade infantil**

No que diz respeito aos Determinantes Sociais da Saúde que influenciam na mortalidade infantil, três estudos abordaram o tema (LEAL *et al.*, 2017; SLEUTJES *et al.*, 2018; HUDA *et al.*, 2016). Desses, duas pesquisas brasileiras (LEAL *et al.*, 2017; SLEUTJES *et al.*, 2018) sugerem que, na mortalidade infantil, fatores como a família trabalhar na agricultura, a mãe ter tido história de perdas fetais e infantis, não ter feito pré-natal ou ter feito um pré-natal inadequado e não estar vinculada à maternidade durante o pré-natal são determinantes do óbito. Ainda, no óbito neonatal, determinantes como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o índice Apgar entre 0 e 3 são considerados relevantes.

Outro estudo, realizado em Bangladesh (HUDA *et al.*, 2016), analisou os determinantes sociais de saúde de óbitos em crianças menores de 5 anos, apontando a baixa idade materna, baixa escolaridade dos pais, a autonomia da mãe para tomar decisões sobre questões ligadas à saúde de seu filho e condições socioeconômicas do domicílio precárias como fatores de risco para a mortalidade.

### **Determinantes Sociais da Saúde e o estado nutricional das crianças**

Sobre o estado nutricional infantil, 18 estudos abordaram o tema, sendo eles 14 brasileiros (SANTOS *et al.*, 2017a; PEREIRA *et al.*, 2017; LIMA; DAMIANI; FUJIMORI, 2018; DALLAZEN *et al.*, 2018; SALDAN *et al.*, 2017; BATALHA *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017; NOVAES *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017b; NOBRE *et al.*, 2017; HORTA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2016; PEDRAZA; SALES; MENEZES,

2016), um da Colômbia (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016), um da Itália (PROTANO *et al.*, 2017), um de Cuba (ROMO; BRAVO; FERNÁNDEZ, 2018) e outro da Angola (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017).

Sobre o excesso de peso na infância, cinco estudos (ROMO; BRAVO; FERNÁNDEZ, 2018; PEREIRA *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017a; GOMES *et al.*, 2017; PROTANO *et al.*, 2017) apontam como determinantes a idade da criança entre dois a seis anos, sexo masculino, parto cesárea, residentes em zona urbana com maior tempo de permanência em casa e crianças alimentadas com fórmula láctea associada ao leite materno nos primeiros seis meses de vida. Apontam, ainda, a não percepção do sobrepeso pelos responsáveis da criança, desconhecimento do peso e altura, despreocupação com excesso de peso, baixa escolaridade materna e famílias com renda intermediária e baixa como fatores influenciadores.

A introdução de alimentos processados e ultraprocessados em crianças menores de 3 anos foi investigado por um estudo (BATALHA *et al.*, 2017) que trouxe como determinantes a baixa escolaridade materna e a criança ter mais que 16 meses de idade.

No que tange a desnutrição ou déficit de estatura e peso infantil, quatro estudos (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017; HORTA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2016; PEDRAZA; SALES; MENEZES, 2016) colocaram como determinantes a criança ser do sexo masculino, faixa etária de 6 a 36 meses, baixo peso ao nascer, esquema vacinal incompleto, residir em área rural, baixa renda familiar, morar em casa de paxiúba ou residir em casa cedida/doadada ou invadida, abastecimento de água proveniente do rio ou lago, baixa escolaridade materna, baixo peso materno e introdução de leite de vaca antes dos 30 dias de idade.

Em relação à anemia ferropriva em crianças, dois estudos (NOVAES *et al.*, 2017; NOBRE *et al.*, 2017) apontaram como DSS ser do sexo masculino, idade inferior a dois anos, filhos de mães adolescentes, ter tido infecções respiratórias e diarreias, baixa escolaridade materna, condição de trabalho dos pais, tempo de creche, ausência de saneamento básico, anemia materna, não uso de sulfato ferroso pela mãe e/ou criança, início tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, hábito de ingerir leite próximo dos horários das refeições, baixo tempo de aleitamento materno e baixa renda per capita.

Um estudo (LIMA; DAMIANI; FUJIMORI, 2018) abordou os DSS na deficiência de vitamina A, sendo eles o residir em zona urbana e idade materna inferior a 36 anos. Outro estudo associou a menor escolaridade materna e baixa renda familiar mensal como determinantes para a introdução de alimentos não recomendados para a idade.

No que diz respeito à introdução de leite não materno ou fórmula láctea em menores de um ano e à interrupção do aleitamento materno exclusivo, quatro estudos (DALLAZEN *et al.*, 2018; SALDAN *et al.*, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2017b) indicam a baixa escolaridade materna, idade materna menor que 20 anos, primiparidade, trabalho materno no puerpério e após, a criança consultar na rede pública de saúde, participar de programas municipais, criança o sexo feminino, uso de chupeta, baixa renda familiar e baixo peso ao nascer, como fatores influenciadores.

Em estudo realizado na Colômbia (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016) os determinantes que influenciam no estado nutricional consistiram em ser de raça indígena, baixo nível de escolaridade dos pais, pertencer ao programa de alimentação complementar e ter renda familiar menor que um salário mínimo. Na Angola (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017), os determinantes sociais do estado nutricional infantil são a criança ser do sexo masculino, abastecimento de água proveniente do rio ou lago, expulsão de parasitas e infecções; sendo a idade materna entre 25-34 anos, pai com elevado número de filhos ou o pai não viver no domicílio como fatores protetores de acometimentos nutricionais.

### **Determinantes Sociais da Saúde e o cumprimento do esquema vacinal**

No que diz respeito ao cumprimento do esquema vacinal, dois estudos brasileiros (SILVA *et al.*, 2018a; SILVA *et al.*, 2018b) abordaram o tema. Um estudo trouxe como DSS, associados ao esquema vacinal completo, mães com ensino médio completo, criança do sexo feminino, com idade inferior a 6 meses e que receberam aleitamento materno (SILVA *et al.*, 2018a). O outro abordou os determinantes para o esquema vacinal incompleto que são crianças com 25 a 35 meses de idade, pertencer às classes D/E, baixa escolaridade materna, indisponibilidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar para a criança e de vacina nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2018b).

### **Determinantes Sociais da Saúde na diarreia infantil**

Sobre a diarreia infantil, quatro estudos brasileiros (VASCONCELOS *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2017; VAZ; NASCIMENTO, 2017; IMADA *et al.*, 2016) apontaram como DSS a ausência de abastecimento ou tratamento de água, casa de tijolo com reboco ou casas de paxiúba, destino inadequado do lixo, rede de esgoto precária, baixa idade materna, mães com ensino fundamental incompleto, crianças menores de 2 anos, crianças que receberam

leite de vaca no primeiro mês de vida, renda inferior a um salário mínimo. Ainda, um estudo realizado em Ruanda (MUKABUTERA *et al.*, 2016) identificou como determinante da diarreia o saneamento básico inadequado.

### **Determinantes Sociais da Saúde nos acidentes e violência doméstica**

Sobre a violência sexual infantil, um estudo brasileiro (ARAUJO *et al.*, 2019) apontou como DSS a faixa etária de cinco a nove anos, do sexo feminino, de raça negra e indígena, sendo o estupro a tipologia de violência sexual mais frequente, seguido pelo assédio sexual, ocorrido no domicílio, por meio da força corporal/espancamento e agressão psicológica por meio de ameaça; os autores da violência são conhecidos ou próximos da criança ou da família.

Um estudo (BARCELOS *et al.*, 2017) abordou os acidentes domésticos na infância, indicando como determinantes a faixa etária de quatro a cinco anos, sexo masculino, raça branca, falta de supervisão de um adulto, idade materna inferior a 30 anos, baixa escolaridade materna, nível socioeconômico, ter dois ou mais irmãos, ter um dos pais como responsável e mães com depressão pós-parto.

## **DISCUSSÃO**

Os DSS são as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Em se tratando da saúde infantil, esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego, condições de habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (ONU, 2011).

Estão diretamente ligados à taxa de mortalidade infantil, sendo este um indicador que traduz o desenvolvimento socioeconômico e o acesso aos serviços de saúde de uma população. A taxa de mortalidade infantil vem reduzindo ao longo dos anos, porém, apesar dos avanços, ainda é elevado o número de mortes que poderiam ser evitadas (SLEUTJES *et al.*, 2018).

Um estudo realizado em São Paulo evidenciou cinco fatores de risco independentes para o óbito neonatal, sendo eles a prematuridade e baixo peso ao nascer, o índice de Apgar entre zero e três, a importância de seguimento pré-natal com sete ou mais consultas e a história materna de óbito infantil anterior. Em relação ao pré-natal, uma pesquisa brasileira

realizada nas regiões norte, nordeste e sudeste do Brasil coloca a dificuldade de acesso ao pré-natal e à assistência especializada como um fator determinante para as mortes infantis (LEAL *et al.*, 2017).

Os mesmos DSS para a mortalidade neonatal, infantil e em menores de cinco anos foram encontrados em uma pesquisa realizada em Bangladesh. O estudo constatou ainda que a idade materna, a escolaridade dos pais, condições socioeconômicas e a autonomia da mãe para tomar decisões sobre questões ligadas à saúde de seu filho como significativamente associados a maiores riscos de mortalidade (HUDA *et al.*, 2016).

A imunização tem papel fundamental para a redução da mortalidade infantil, visto que crianças não vacinadas estão suscetíveis à maior morbimortalidade. A imunização consiste em uma das intervenções de saúde pública mais seguras, econômicas e efetivas para prevenir mortes e melhorar a qualidade de vida, especialmente de populações de maior vulnerabilidade social (SILVA *et al.*, 2018a).

Em estudo realizado no Maranhão, o adequado cumprimento do esquema vacinal foi associado a maior escolaridade materna, sexo feminino, idade da criança menor que seis meses e aleitamento materno (SILVA *et al.*, 2018a). Em relação ao não cumprimento do esquema vacinal, associaram-se crianças com 25 a 35 meses de idade, pertencer às classes D/E, baixa escolaridade materna, indisponibilidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar para a criança e de vacina nos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2018b).

Ademais, outro agravamento que têm contribuído significativamente para elevar a taxa de morbimortalidade infantil são os acidentes domésticos. Estima-se que, no mínimo, 875 mil crianças e adolescentes morram como consequências de lesões não intencionais e intencionais, a cada ano, no mundo (BARCELOS *et al.*, 2017).

Além de estarem intimamente relacionados à própria fase da infância, os acidentes domésticos refletem a escassez de capacidade protetora da família e o desconhecimento dos inúmeros fatores de risco que permeiam o cotidiano da criança (RIBEIRO *et al.*, 2019). A maioria dos acidentes na infância compreende as quedas, queimaduras, cortes, afogamentos e intoxicações, que acarretam desde a incapacidade física temporária até sequelas mais graves e permanentes, levando até ao óbito (BARCELOS *et al.*, 2017).

Em uma revisão de literatura internacional, foram evidenciados como determinantes dos acidentes domésticos a faixa etária de quatro a cinco anos, sexo masculino, raça branca, falta de supervisão de um adulto, idade materna inferior a 30 anos, ter dois ou mais irmãos, ter um dos pais como responsável e mães com depressão pós-parto (RIBEIRO *et al.*, 2019). Ainda, um estudo brasileiro realizado no Rio Grande do Sul, associou a baixa escolaridade

materna e a família de baixo nível socioeconômico com a maior incidência de acidentes no domicílio (BARCELOS *et al.*, 2017).

Outra questão social relacionada à infância que vem ganhando espaço nas discussões do poder público, devido à magnitude da violação aos direitos humanos, é a violência sexual infantil. Violência sexual infantil é definida como todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança. As situações de violência sexual podem ocorrer como estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, entre outras (ARAUJO *et al.*, 2019).

Em um estudo brasileiro realizado no estado do Paraná, os DSS associados à violência sexual foram a faixa etária de 5 a 9 anos, com maior prevalência em meninas e crianças negras e indígenas. O estupro foi a tipologia de violência sexual mais frequente, seguido pelo assédio sexual. O caráter doméstico da violência sexual infantil foi constatado com 71,6% dos casos e 94,6% dos prováveis autores da violência são conhecidos ou próximos da criança ou da família (ARAUJO *et al.*, 2019).

Além da violência, um problema de potencial mortalidade que continua acometendo a população infantil é a doença diarreica aguda. Por conta da imaturidade do sistema imunológico, as crianças se tornam mais suscetíveis a esta doença, sobretudo, aquelas com estado nutricional comprometido (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A doença diarreica aguda é a segunda causa de óbitos na infância, representando em torno de 1,5 milhões de mortes por ano em crianças menores de cinco anos. Devido a sua elevada morbimortalidade é um dos principais desafios da saúde pública por estar relacionada às condições de higiene e à qualidade da água ofertada (VASCONCELOS *et al.*, 2018; IMADA *et al.*, 2016).

No Brasil, estudo realizado no Ceará, mostrou que as condições socioeconômicas e ambientais apresentaram associação significativa com os níveis de autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Em pesquisa realizada em Pernambuco, associaram, ainda, a idade materna como determinante (VASCONCELOS *et al.*, 2018). Outro estudo realizado no estado de São Paulo, acrescenta a baixa escolaridade materna como fator de risco (VAZ; NASCIMENTO, 2017). E, na região da Amazônia, a diarreia esteve associada às crianças que não utilizaram água da rede pública, às que receberam leite de vaca no primeiro mês após o nascimento e às residentes em domicílios de paxiúba (IMADA *et al.*, 2016). Não diferente do Brasil, em Ruanda, na África, um estudo associou as condições precárias de esgoto e tipo de sanitário com a maior ocorrência da diarreia aguda em menores de cinco anos (MUKABUTERA *et al.*, 2016).

A doença diarreica aguda afeta diretamente a condição nutricional das crianças. O estado nutricional infantil é considerado um instrumento fundamental para avaliar as condições de saúde e qualidade de vida de uma população devido ao seu complexo caráter multifatorial (PEREIRA *et al.*, 2017).

A desnutrição em crianças menores de cinco anos continua sendo um grave problema de saúde pública devido a sua elevada magnitude e impacto sobre a morbimortalidade infantil (ARAÚJO *et al.*, 2016), sendo relacionada a mais de um terço de todas as mortes de crianças no mundo (PEREIRA *et al.*, 2017). Afeta de maneira direta o desenvolvimento cognitivo, está relacionada ao risco de infecção e ao desenvolvimento de doenças crônicas (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Em estudo realizado no Acre, os fatores associados ao déficit ponderal e de crescimento infantil foram residir em área rural, pertencer ao menor terço do índice de riqueza domiciliar, morar em casa de paxiúba, altura materna inferior ou igual a 146,4 cm e introdução de leite de vaca antes de 30 dias de idade (ARAÚJO *et al.*, 2016). Em pesquisa realizada na Paraíba, além dos determinantes citados anteriormente, associou-se o baixo peso ao nascer, a faixa etária de 6 a 36 meses, o esquema de vacinação incompleto, o baixo peso materno e a residência em casa cedida/doada ou invadida (PEDRAZA; SALES; MENEZES, 2016).

Em Angola, uma pesquisa identificou a menor probabilidade de déficit ponderal em crianças cujas mães tinham idade entre 25-34 anos e entre crianças cujo pai tinha elevado número de filhos ou que o pai não vivia no domicílio (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017). Na Colômbia, o déficit ponderal em crianças menores de cinco anos estava presente quando o acesso aos serviços públicos, condições de moradia, educação e ocupação foram deficientes (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016).

Diretamente relacionada à desnutrição está a deficiência de micronutrientes como o ferro e a vitamina A. A anemia ferropriva é um distúrbio nutricional que compromete o sistema imunológico prejudicando o crescimento e desenvolvimento da criança. O público infantil constitui um grupo vulnerável a deficiência de ferro devido a demanda aumentada desse mineral em função da intensa velocidade de crescimento (ANDRÉ *et al.*, 2018).

Em uma revisão de literatura com pesquisas brasileiras, a anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos associou-se aos determinantes sociodemográficos e de saúde, nutricionais e econômicos (ANDRÉ *et al.*, 2018). Em Minas Gerais, a baixa escolaridade dos pais foi determinante (NOBRE *et al.*, 2017) e, na Bahia, crianças com condições sanitárias

inadequadas, que não receberam leite materno exclusivo, bem como as em idades mais precoces e com déficit nutricional, foram mais suscetíveis (NOVAES *et al.*, 2017).

Em relação à deficiência de vitamina A, essa se destaca como importante problema nutricional com consequências mais evidentes na primeira infância, por conta de alta demanda nutricional. Em uma pesquisa brasileira, a deficiência de vitamina A em crianças menores de cinco anos associa-se a residir em zona urbana e idade materna inferior a 36 anos. Nas crianças, a deficiência de vitamina A representa uma das mais importantes causas de cegueira evitável e um dos principais contribuintes para a morbimortalidade por infecções (LIMA; DAMIANI; FUJIMORI, 2018).

No entanto, nos últimos anos, a população infantil brasileira vem passando por uma transição nutricional, na qual se observa o declínio da prevalência de desnutrição e a ocorrência expressiva de sobrepeso/obesidade (PEREIRA *et al.*, 2017). Entre os anos de 1974 e 2003, o panorama epidemiológico nutricional no Brasil apresentou mudanças marcantes, destacando-se o declínio cumulativo de 72% no déficit estatural de crianças menores de 5 anos. Já a obesidade infantil apresentou-se estável entre o período de 1974-1975 e 2006-2007, com percentuais em torno de 6 a 7% (PEREIRA *et al.*, 2017).

A obesidade infantil se caracteriza como uma epidemia, sendo um grande desafio à saúde pública. A obesidade é uma doença de causas múltiplas que envolvem fatores genéticos e ambientais que se relacionam, levando a um balanço calórico positivo. Acredita-se que os fatores ambientais respondam por 95% dos casos mundiais de obesidade, sendo a maior disponibilidade e ingestão de alimentos hiperlipídicos, a mudança do estilo de vida ativa para sedentária e o aumento das porções como os fatores principais (SANTOS *et al.*, 2017a).

Estudos de nível nacional, identificaram fatores como a criança ser do sexo masculino, residente de zona urbana, de cor/raça branca, com 3 anos de idade e de famílias com faixas de renda intermediárias (PEREIRA *et al.*, 2017) e trabalho materno (HORTA *et al.*, 2016) como fatores de risco para o sobrepeso e a obesidade. Por outro lado, pesquisa realizada no estado do Paraná indicou como determinante do excesso de peso a criança estar em família com menor renda (SANTOS *et al.*, 2017a). Na Bahia, estudo realizado com pré-escolares, associou o sobrepeso ao parto cesáreo, ser filho único e aleitamento materno exclusivo inferior a 4 meses (GOMES *et al.*, 2017).

Na Itália, os DSS para o excesso de peso foram viver em uma área rural e menor escolaridade materna (PROTANO *et al.*, 2017). Em Cuba, a idade, a permanência em casa e o aleitamento materno combinado com fórmula nos primeiros seis meses de vida, foram fatores

importantes associados ao excesso de peso em crianças menores de seis anos de idade (ROMO; BRAVO; FERNANDEZ, 2018).

No que se refere aos extremos de desnutrição e obesidade infantil, monitorar e avaliar as práticas alimentares na infância são imprescindíveis para garantir o adequado estado nutricional das crianças (SALDAN *et al.*, 2017). Mundialmente, apenas 36% das crianças com idades entre zero e cinco meses são amamentadas exclusivamente, a prevalência de introdução precoce de alimentos sólidos varia de 40,4% até 83,5% em países desenvolvidos (DALLAZEN *et al.*, 2018).

Práticas inadequadas de introdução da alimentação nos primeiros meses após o nascimento estão cada vez mais frequentes com a oferta de alimentos não recomendados, como biscoitos doces e recheados, macarrão instantâneo, refrigerantes, refrescos em pó e salgadinhos. A introdução desses alimentos ultraprocessados, altamente energéticos e hiperpalatáveis, associada à interrupção do aleitamento materno, prejudica o crescimento e desenvolvimento da criança, além de favorecer a ocorrência de processos infecciosos, alergias e distúrbios nutricionais (DALLAZEN *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa realizada no Maranhão, identificou-se o alto consumo de produtos processados e ultraprocessados em crianças com mais de 16 meses de idade cujas mães tinham menos que 12 anos de estudo (BATALHA *et al.*, 2017). Ainda, em regiões do Sul do Brasil, um estudo apontou a introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida em crianças residentes em municípios de alta vulnerabilidade socioeconômica e menor renda mensal familiar (DALLAZEN *et al.*, 2018).

No Brasil, introdução de outros tipos de leite na alimentação de menores de seis meses é precoce, com prevalência de 18% no primeiro mês e 48,8% entre o quarto e sexto mês. Essa prática pode aumentar a morbimortalidade infantil, devido à menor ingestão dos fatores de proteção presentes no leite materno e maior risco de contaminações (CARVALHO *et al.*, 2017).

O aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses de vida e, a partir dessa idade, a alimentação complementar deve ser iniciada, com continuidade do aleitamento materno até os dois anos ou mais. Na impossibilidade de aleitamento materno exclusivo, a indicação é de que a criança receba fórmula infantil, sendo contraindicado o uso de leite de vaca na forma integral até os 12 meses devido ao seu potencial alergênico, excessivo conteúdo proteico e por ser considerado fator de risco para anemia ferropriva (SALDAN *et al.*, 2017).

Em pesquisa de abrangência nacional, os determinantes associados com a interrupção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade foram a idade materna inferior a 20 anos, baixa escolaridade materna, primiparidade, trabalho materno no puerpério e a baixa renda familiar. Ainda, associou-se ao aleitamento materno não exclusivo as crianças com baixo peso ao nascer, do sexo feminino e que usaram chupeta (SANTOS *et al.*, 2017b).

Corroborando com estes achados, estudo realizado em Minas Gerais identificou o uso de chupeta como fator de risco para o consumo de fórmula láctea, independentemente da idade da criança. O consumo de leite de vaca associou-se ao número insuficiente de consultas pré-natal, ao trabalho materno, ao uso de chupeta no 4º e 6ºmês, baixa renda familiar e ao baixo peso ao nascer (CARVALHO *et al.*, 2017). No Paraná, associou-se ainda ao maior consumo de leite de vaca o baixo nível de escolaridade materna e a criança consultar na rede pública de saúde (SALDAN *et al.*, 2017).

As condições nas quais as crianças vivem ocasionam consequências individuais e coletivas de curto e longo prazo, incluindo menor altura em idade adulta, desempenho escolar insatisfatório, maior morbidade e mortalidade, redução da produtividade na idade adulta e risco de desenvolvimento de doenças crônicas. Padrões de crescimento e desenvolvimento infantil são, portanto, fortes preditores do futuro capital humano, do progresso social e da saúde das futuras gerações (PEREIRA *et al.*, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão permitiu conhecer o estado da arte nacional e internacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde que permeiam a saúde das crianças e sua influência na morbimortalidade.

Os estudos mostraram que os Determinantes Sociais da Saúde estão presentes no contexto em que as crianças crescem e se desenvolvem. Os principais Determinantes Sociais da Saúde infantil referem-se a fatores socioeconômicos, de acesso ao serviço de saúde e aqueles ligados a questões maternas como idade e escolaridade. Sua influência permeia questões relacionadas ao estado nutricional infantil, como a desnutrição, sobrepeso e obesidade, anemia ferropriva, deficiência de vitamina A, desmame precoce, introdução de alimentos processados e a doença diarreica aguda. Ainda, interfere em aspectos relacionados à violência e acidentes domésticos, completude de esquema vacinal e conseqüentemente, na mortalidade infantil.

Este estudo contribui para a reflexão acerca das ações voltadas para a qualificação da assistência à criança, uma vez que aponta os principais Determinantes Sociais da Saúde que influenciam o contexto de vida infantil. Contudo, não foram encontradas pesquisas realizadas em países desenvolvidos da Europa, Ásia e América do Norte para que fosse possível comparar seus resultados, sendo essa uma limitação deste estudo. Recomenda-se a realização de novas pesquisas que abordem a temática, tendo em vista a relevância técnico-científica e social para a prevenção da morbimortalidade infantil.

## REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, H.P. *et al.* Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1159-67, 2018.
- ARAUJO, G. *et al.* Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná – Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 42-54, 2019.
- ARAÚJO, T.S. *et al.* Desnutrição infantil em um dos municípios de maior risco nutricional do Brasil: estudo de base populacional na Amazônia Ocidental Brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 554-66, 2016.
- BARCELOS, R.S. *et al.* Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00139115, 2017.
- BATALHA, M.A. *et al.* Processed and ultra-processed food consumption among children aged 13 to 35 months and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 2017.
- CARNEIRO, V.B. *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, 360-71, 2016.
- CARVALHO, C.A. *et al.* Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3699-709, 2017.
- DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

FERANDES, E.C.B.; CASTRO, T.G.; SARTORELLI, D.S. Associated factors of malnutrition among African children under five years old, Bom Jesus, Angola. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 1, p. 33-44, 2017.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v.10, n.11, p.1-11, 1987.

GOMES, A.T. *et al.* Excesso de peso e fatores associados em pré-escolares do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 2, p. 375-383, 2017.

HORTA, T.G. *et al.* Association between maternal socioeconomic factors and nutritional outcomes in children under 5 years of age. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 574-80, 2016.

HUDA, T.M. *et al.* The importance of intersectoral factors in promoting equity-oriented universal health coverage: a multilevel analysis of social determinants affecting neonatal infant and under-five mortality in Bangladesh. **Global Health Action**, v. 9, e:29741, 2016.

IMADA, K.S. *et al.* Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

LEAL, M.C. *et al.* Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 12, 2017.

LIMA, D.B.; DAMIANI, L.P.; FUJIMORI, E. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 176-85, 2018.

MUKABUTERA, A. *et al.* Rainfall variation and child health: effect of rainfall on diarrhea among under 5 children in Rwanda, 2010. **BMC Public Health**, v. 16, p. 731-40, 2016.

NOBRE, L.N. *et al.* Anemia ferropriva entre pré-escolares do município de Diamantina, Minas Gerais e fatores a-ssociados. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 185-96, 2017.

NOVAES, T.G. *et al.* Prevalência e fatores associados à anemia em crianças de creches: uma análise hierarquizada. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 3, p. 281-88, 2017.

OLIVEIRA, M.N.D. *et al.* Características dos óbitos infantis em um município de médio porte da região Nordeste do Brasil. **Jornal of Health and Biological Science**, v. 5, n. 2, p. 160-4, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: ONU, 2011. Disponível em:

[http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf). Acesso em: 01 out 2018.

PEDRAZA, D.F.; SALES, M.C.; MENEZES, T.N. Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do Estado da Paraíba, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 935-45, 2016.

PEREIRA, I.F.S. *et al.* Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.10, p. 3341-52, 2017.

PROTANO, C. *et al.* Family-based social determinants and child health: cross-sectional study. **Pediatrics International**, v. 59, n. 2, p. 201-8, 2017.

RIBEIRO, M.G.C. *et al.* Social determinants of health associated with childhood accidents at home: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 265-72, 2019.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.1, p. 129-35, 2015.

ROMO, M.F.A.; BRAVO, N.C.; FERNANDÉZ, D.Y.B. Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 44, n. 1, p. 103-14, 2018.

RUOFF, A.B.; ANDRADE, S.R.; SCHMITT, M.D. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, e67342, 2017.

SALDAN, P.C. *et al.* Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 407-14, 2017.

SANTOS, D.F.B. *et al.* Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p. 1717-24, 2017a.

SANTOS, M.P. *et al.* Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 69-78, 2017b.

SANTOS, N.C.C.B. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.1, e00014216, 2018.

SILVA, A.T.P. *et al.* Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018b.

SILVA, F.S. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.3, 2018a.

SLEUTJES, F.C.M. *et al.* Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2713-20, 2018.

SOLARTE, M.E.V; CASTRO, L.M.C.; CORREA, M.P.C. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. **Universidad y Salud**, v. 18, n. 1, p. 113-25, 2016.

VASCONCELOS, M.J.O.B. *et al.* Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 48, 2018.

VAZ, F.P.C.; NASCIMENTO, L.F.C. Spatial distribution for diarrhea hospitalization in São Paulo State. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 3, p. 475-82, 2017.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O presente estudo seguiu o referencial metodológico de Robert K. Yin, pesquisador formado em História pela Faculdade de Harvard e pós-graduado no Instituto de Tecnologia de Massachusetts, onde obteve seu doutorado em ciências cognitivas cerebrais. Yin publicou seus primeiros artigos no campo da psicologia experimental e neurociência. Na década de 1970, ele centrou a sua investigação sobre os métodos de pesquisa sociológicos e pesquisa de estudo de caso e, em 1981, publicou seu primeiro artigo, intitulado “O Estudo de Caso como uma estratégia de pesquisa”. O presente estudo tem amparo na última edição do livro “Estudo de caso: planejamento e método”, do ano de 2015.

Para Yin (2015), o método de estudo de caso é uma investigação empírica que averigua um fenômeno contemporâneo, ou seja, o “caso”, em profundidade e em seu contexto de mundo real, na qual os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente evidentes,

contribuindo com novos conhecimentos dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, etc.

A investigação realizada por meio do estudo de caso possui uma técnica diferenciada, na qual existe muito mais variáveis de interesse. Dessa forma, conta com múltiplas fontes de evidência, onde os dados convergem de modo triangular e, como resultado, beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e análise dos dados (YIN, 2015).

Sendo assim, o estudo de caso é vantajoso quando uma questão “como” ou “por que” está sendo feita sobre um conjunto de eventos atuais nos quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre estes eventos (YIN, 2015).

Dentre as vantagens do uso deste método, está a capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências. Também pode-se dizer que ele é generalizável às proposições teóricas e não às populações, tendo como meta expandir e generalizar as teorias (generalização analítica) e não enumerar as frequências (generalização estatística) (YIN, 2015).

Dessa forma, o autor preencheu integralmente as necessidades de condução deste estudo, desde a construção do projeto até a elegibilidade das evidências e técnicas de análise.

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa, que buscou compreender como se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina.

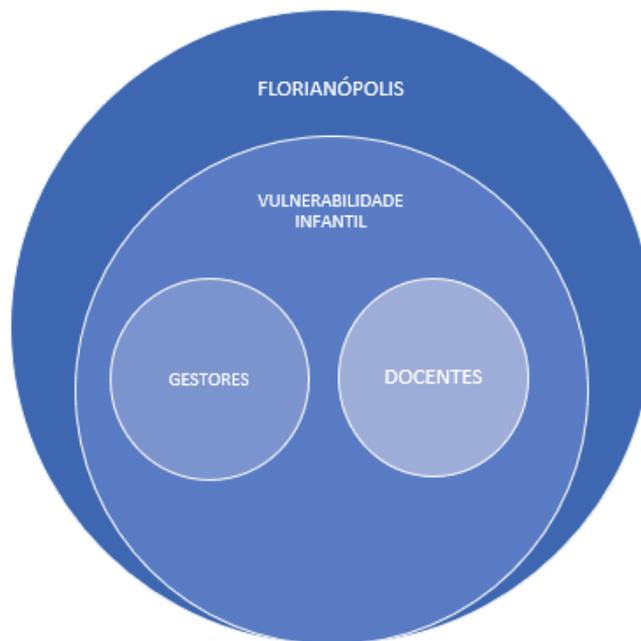
Entre os tipos de estudo de caso, o estudo de caso único é apropriado quando a teoria expõe um conjunto claro de preposições, assim como as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. O método preenche todas as condições para o teste da teoria, assim como pode confirmar, desafiar, ou ampliar essa teoria. Então, o estudo de caso único é usado para determinar se as preposições da teoria são corretas ou se algum conjunto alternativo de explicações pode ser mais relevante (YIN, 2015).

O estudo de caso único é integrado quando envolve mais do que uma unidade de análise. Isso ocorre quando o foco também é dirigido a uma ou mais subunidades. As

subunidades de análise podem acrescentar oportunidades mais significativas para uma análise mais ampla, favorecendo os *insights* ao caso único (YIN, 2015).

Neste estudo de caso, o contexto será o município de Florianópolis, o caso a vulnerabilidade infantil e as unidades integradas de análise compõem-se de impressões e perspectivas de gestores em saúde atuantes na APS e de docentes de enfermagem da UFSC.

Figura 1 - Contexto, caso e unidades integradas de análise.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

### 5.2.1 O contexto

O município de Florianópolis, Santa Catarina, é localizado na região Sul do Brasil. A capital de Santa Catarina possui aproximadamente 477.798 habitantes, de acordo com a estimativa 2017 do IBGE. Destes, 49,27% de mulheres e 50,73% de homens. E, de acordo com a faixa etária, os indivíduos de 0 a 14 anos representam 23,6% da população, sendo que, a faixa etária de 0 a 4 anos representa 7,2% (IBGE, 2017).

De acordo com o organograma da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a diretoria de Atenção à Saúde é subordinada ao gabinete do secretário de saúde, organizando-se em Diretor de Atenção à Saúde, Gerente de Atenção Primária à Saúde, Gerente de Integração Assistencial e Gerente de Atenção Especializada (FLORIANÓPOLIS, 2019).

O serviço de atenção primária à saúde do município de Florianópolis é organizado em 49 Centros de Saúde (CS), distribuídos em quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Centro e Continente) (FLORIANÓPOLIS, 2019).

A UFSC é uma instituição pública e gratuita, fundada em 18 de dezembro de 1960, com o objetivo de promover o ensino, a pesquisa e a extensão. No World University Ranking 2020 da Times Higher Education, consultoria britânica na área da educação superior, a UFSC situa-se entre as quatro mais bem colocadas instituições federais brasileiras. Em 2019, a UFSC tinha aproximadamente 30 mil estudantes matriculados em 107 cursos de graduação presenciais e 13 de educação à distância (UFSC, 2019).

Em relação ao Curso de Graduação em Enfermagem, a UFSC tem previsto para a formação do profissional enfermeiro a entrada anual de 78 vagas, com um total de 60 egressos, em média, por ano. O Departamento conta com 60 professores efetivos (UFSC, 2018).

A importância da enfermagem na sociedade destaca-se pelo alto número de profissionais atuando no Brasil, em diversos cenários. Dados do Perfil da Enfermagem Brasil revelam o contingente de 1.6 milhões de trabalhadores de enfermagem, destes, 320 mil são enfermeiros, sendo, no estado de Santa Catarina, 12.171 mil graduados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

O enfermeiro egresso da UFSC tem formação generalista e está habilitado para o trabalho de enfermagem nas dimensões da assistência, gerência, ensino e pesquisa. Sua formação é proporcionada para torná-lo capaz de conhecer e intervir no processo de saúde e doença em âmbito individual e coletivo (UFSC, 2018).

### **5.2.2 O caso**

O caso deste estudo em profundidade pode ser definido como a vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, guiado pelas proposições teóricas. Entende-se por vulnerabilidade um conjunto de elementos do indivíduo, da comunidade e do contexto que, juntos, oferecem variados graus de suscetibilidade ao adoecimento. O foco é voltado para o público infantil, por se tratar de indivíduos por si só vulneráveis, devido à sua imaturidade imunológica e alto grau de dependência, que os tornam suscetíveis ao ambiente físico e social em que se encontram.

Este caso é delimitado ao cenário da APS por ser considerada uma das portas de entrada dos usuários no SUS e por ser o local onde é realizado as consultas de puericultura

para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil. No município do estudo, o serviço de APS é dividido em 49 CS, que estão agrupados em quatro DS. O estudo delimita-se também pela perspectiva de duas unidades integradas de análise descritas a seguir.

### **5.2.3 Unidades integradas de análise**

As unidades integradas de análise direcionam o foco do estudo, oferecendo oportunidades mais significativas para uma análise mais ampliada (YIN, 2015). Este caso delimita-se em duas unidades integradas de análise, de gestores em saúde e de docentes em enfermagem.

A unidade integrada de análise formada por gestores em saúde buscou compreender, em profundidade, a vulnerabilidade infantil na perspectiva do gestor central da Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), dos gestores dos quatro distritos sanitários de saúde (Centro, Continente, Norte, Sul) e dos gestores locais que atuam diretamente com o público infantil nos centros de saúde do município de Florianópolis (CS Tapera, CS Vila Aparecida, CS Prainha, CS Costeira do Pirajubaé, CS Monte Cristo, CS Saco Grande, CS Monte Serrat, CS Agrônômica, CS Morro das Pedras, CS Santinho, CS Cachoeira do Bom Jesus, CS Pantanal e CS Coloninha). Estes CSs foram indicados pelos gestores distritais por estarem inseridos em áreas de maior vulnerabilidade.

A unidade integrada de análise formada por docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC buscou compreender o ensino da vulnerabilidade infantil na perspectiva dos professores enfermeiros que atuam na graduação e pós-graduação na área da saúde da criança e na atenção primária à saúde.

## **5.3 PROPOSIÇÕES TEÓRICAS**

Em um estudo de caso, as proposições teóricas guiam a atenção para algo que deve ser estudado dentro do escopo do estudo e, também, indicam onde procurar evidência relevante (YIN, 2015). Assim, com base nessa afirmação e nas questões abordadas na introdução, estabeleceu-se as seguintes proposições teóricas que guiaram os objetivos deste estudo:

- Por meio dos DSS, é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e identificar as situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde.
- A interpretação de situações de vulnerabilidade infantil para desenvolvimento de habilidades inicia-se desde a formação do profissional.

- A vulnerabilidade pode ser explicada com base na dimensão individual, social e institucional.

#### 5.4 FONTES DE EVIDÊNCIA

O uso de múltiplas fontes de evidência no estudo de caso permite que o pesquisador aborde uma variedade de aspectos históricos e comportamentais que envolvem o caso. Neste estudo, foram obtidas evidências de fontes documentais, registros em arquivos e entrevistas curtas.

A compreensão das múltiplas fontes de evidência se deu por meio da triangulação dos dados. A triangulação permite que qualquer achado ou conclusão seja mais convincente e acurado por ser baseado em fontes diferentes de informação. A convergência das evidências reforça a validade do constructo e proporciona várias avaliações do mesmo fenômeno (YIN, 2015).

##### 5.4.1 Documentos

A informação documental é relevante para todos os tópicos do estudo de caso. Seu uso corrobora e aumenta a evidência de outras fontes e proporciona detalhes específicos (YIN, 2015). Neste estudo foram incluídos dois tipos de documentos de relevância para a compreensão do fenômeno:

1) Documentos de amparo legal elegidos intencionalmente no mês de setembro de 2020 e nomeados de acordo com ordem de leitura:

- DOC 1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS (BRASIL, 2015);
- DOC 2 - Lei 8.069: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a);
- DOC 3 - Lei 8.080: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990b);
- DOC 4 - Portaria 2.436: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b);
- DOC 5 - Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (UFSC, 2018);

- DOC 6 - Plano de Ensino da Disciplina o cuidado no processo de viver humano IV – saúde da mulher, do neonato, da criança e do adolescente (UFSC, 2019b).

2) Teses e dissertações selecionadas pelo Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, (disponível em: <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/>). Utilizou-se a chave de busca “vulnerabilidade infantil *and* saúde da criança”, sem limite de ano, de teses e dissertações publicadas pela UFSC. A busca foi realizada em 29 de setembro de 2020 e gerou um total de 418 documentos, dos quais, após leitura de título e resumo, foram incluídos 18 estudos que atenderam ao escopo da pesquisa. Os estudos foram nomeados de acordo com tipo (teses e dissertações), seguido pelo número de ordem de leitura, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Banco de teses e dissertações.

| Nomenclatura        | Ano  | Título  |
|---------------------|------|---|
| <b>DISSERTAÇÕES</b> |      |   |
| D01                 | 2013 | Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral  |
| D02                 | 2014 | Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma construção coletiva   |
| D03                 | 2015 | Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê Pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru |
| D04                 | 2015 | Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico                          |
| D05                 | 2016 | COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos  |
| D06                 | 2016 | Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico  |
| D07                 | 2016 | Estratégias para a Redução dos Ruídos na Unidade Neonatal: uma construção coletiva da enfermagem  |
| D08                 | 2017 | Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado                       |
| D09                 | 2017 | Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica                                       |
| D10                 | 2019 | Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico.                                       |
| D11                 | 2019 | Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens  |
| <b>TESES</b>        |      |   |
| T01                 | 2014 | Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal  |

|     |      |   |
|-----|------|---|
| T02 | 2015 | Educar – brincar – cuidar: uma proposta problematizadora de ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem |
| T03 | 2017 | Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica             |
| T04 | 2017 | Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis   |
| T05 | 2017 | Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas   |
| T06 | 2018 | Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment  |
| T07 | 2019 | Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados           |

Fonte: acervo da autora (2021).

#### 5.4.2 Registros em arquivos

Os registros em arquivos são dados secundários originários de sistemas de informação, e, em conjunto com outras fontes, apoiam outras evidências. Os registros podem ser tão importantes que se tornam objeto de recuperação extensa e de análise quantitativa (YIN, 2015).

Neste estudo, os registros em arquivos foram utilizados para conhecer o contexto da saúde infantil de crianças de 0 a 9 anos de idade, residentes no município de Florianópolis. Os registros incluídos no estudo foram os disponíveis nos últimos anos, coletados do *site* do IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>) (RA1) e da Prefeitura Municipal de Florianópolis ([www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude)) (RA2).

#### 5.4.3 Entrevista curta

A entrevista é uma das fontes mais importantes de evidências para o estudo de caso, pois trata de assuntos humanos ou eventos comportamentais. A entrevista curta de estudo de caso é aquela na qual a pessoa é entrevistada por um curto período de tempo, seguindo um determinado número de perguntas derivadas do roteiro de entrevista de estudo de caso (YIN, 2015).

Participaram das entrevistas cinco gestores do nível central e 13 gestores locais que atuam nos CS, indicados pelo nível central. Ainda, foram entrevistados 12 docentes de enfermagem que supervisionam estágio na área da saúde da criança e/ou na atenção primária à saúde. Dessa forma, participaram da pesquisa 30 pessoas.

Para a elegibilidade dos gestores, adotou-se como critérios de inclusão estar atuando na atenção primária à saúde e/ou saúde da criança em cargos de coordenação ou assistência. Para a elegibilidade dos docentes em enfermagem, adotou-se como critérios de inclusão ser professor efetivo do Curso de Graduação de Enfermagem na UFSC e ter como área de estudo a atenção primária à saúde e/ou saúde da criança.

Os critérios de exclusão se aplicaram à gestores e docentes de férias, licença no período da coleta de dados ou recusa de participar da pesquisa. A partir destes critérios, dois docentes e três gestores recusaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com questões predeterminadas, dirigidas aos participantes. Três roteiros de entrevista foram elaborados, um para os gestores centrais e distritais, outro para os gestores locais dos CS e um para os docentes (APÊNDICES D, E, F). Os roteiros são compostos por duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos, e a segunda com perguntas que permitiram responder a seguinte questão norteadora: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina?

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a setembro de 2020. Para otimizar a realização da entrevista, utilizou-se um aparelho de gravação de áudio com a finalidade de resgatar o máximo de dados obtidos por meio da fala dos participantes. As entrevistas foram marcadas com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo profissional. Após o mês de março, em meio ao auge da pandemia do coronavírus, não foi possível realizar a entrevista presencialmente. Sendo assim, essas ocorreram via chamada telefônica e foram gravadas simultaneamente. Nesses casos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) foi enviado por e-mail. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, os dados foram organizados em quatro grupos, seguido pelo número de ordem das entrevistas, são eles: gestor central (GC), gestor local (GL), docente da atenção primária à saúde (DAPS) e docente da saúde da criança (DSC).

Figura 2 - Triangulação das fontes de evidência.



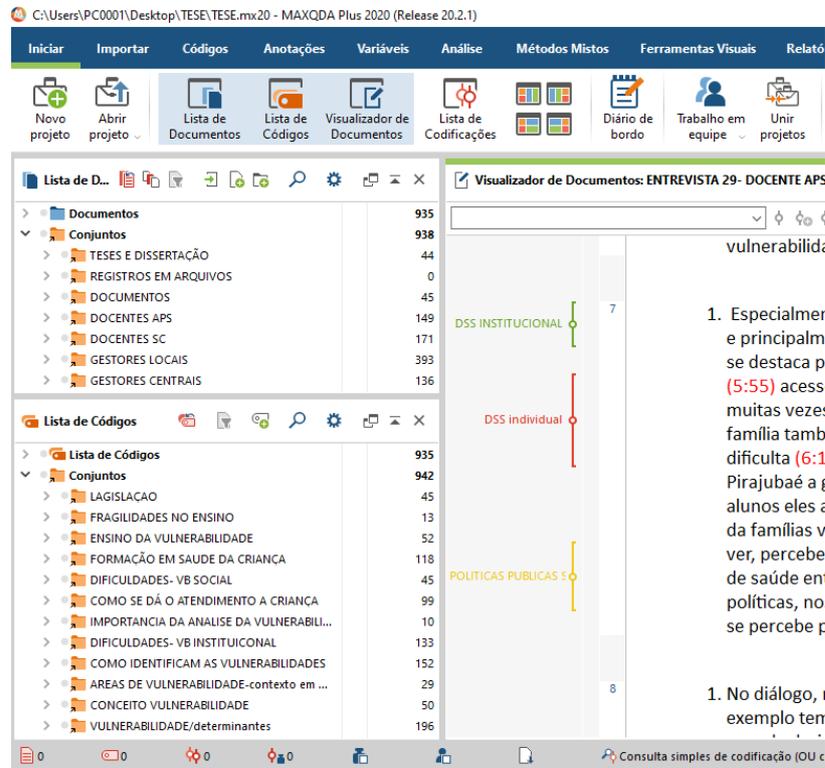
Fonte: Banco de dados da pesquisa (2021).

## 5.5 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deu-se por meio da técnica qualitativa, com a utilização do *software* MaxQDA2020®, que permitiu a organização e codificação das informações. Dessa forma foi possível recombinar as evidências qualitativas por meio do exame dos dados e da categorização das informações coletadas, para tratar as proposições iniciais do estudo.

Na primeira etapa, as fontes de evidência foram importadas para o *software* e agrupadas em pastas de entrevistas, documentos e registros em arquivos. Na segunda etapa, foram criados 942 códigos, agrupados em 12 conjuntos de códigos: ensino da vulnerabilidade, formação em saúde da criança, fragilidade no ensino, como se dá o atendimento à criança, importância da análise da vulnerabilidade, como identificar as vulnerabilidades, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade social, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade institucional, conceito de vulnerabilidade e vulnerabilidade individual, social e institucional, áreas de vulnerabilidade e legislação. A partir dessa codificação foi possível extrair relatórios que permitiram a análise das evidências separadamente e recombinadas entre si, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 3 - Sistema de análise das evidências no *software* MaxQDA2020®.



Fonte: *software* MaxQDA2020®, acervo da autora (2021).

Toda a análise de estudo de caso deve seguir uma estratégia analítica geral, definindo as prioridades para o que analisar e o porquê. Assim, a estratégia analítica auxilia a tratar as evidências imparcialmente, produzir conclusões analíticas consistentes e eliminar interpretações alternativas (YIN, 2015).

As estratégias analíticas utilizadas foram as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. As proposições teóricas ajudaram a guiar a atenção para determinados dados, assim como auxilia a organizar todo o estudo de caso e a definir as explanações alternativas a serem analisadas. A estratégia de desenvolver a descrição do caso foi útil para aplicar uma estrutura teórica para a organização do estudo de caso, dessa forma a abordagem descritiva auxilia a identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (YIN, 2015).

Essas estratégias analíticas auxiliaram a ligar os dados do estudo de caso com os conceitos de interesse, orientando a análise dos dados. Como técnica analítica utilizou-se a construção da explicação, cuja finalidade é analisar os dados do estudo de caso construindo uma explicação sobre o caso, técnica essencial para os estudos de caso explicativos. Ou seja,

esta técnica analítica objetivou explicar um fenômeno, estipulando um conjunto de elos causais sobre ele (YIN, 2015). Assim, utilizou-se como referência de análise o referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009), adaptado para o público infantil.

A explicação final do caso é o resultado de uma série de interações entre a realização de uma proposição teórica inicial sobre o comportamento político ou social, a comparação das descobertas do caso com essas proposições, a revisão da proposição, a comparação dos detalhes do caso com esta revisão e a repetição deste processo conforme a necessidade (YIN, 2015).

A partir da análise foi possível a criação de explicações para o fenômeno do estudo, que se originou nas proposições teóricas, passando pela questão e objetivos da pesquisa e finalizando nas explicações para cada proposição, por meio das evidências levantadas. A explicação do fenômeno do estudo foi apresentada por meio do relatório do caso e de três manuscritos, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Construção de explicações a partir das proposições teóricas.

| <b>Proposições teóricas (estratégia analítica)</b>  | <b>Objetivos</b>   | <b>Construção de explicações (técnica de análise das evidências)</b>  |
|---|--|---|
| Por meio dos DSS é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e identificar as situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde. | Sistematizar o conhecimento, produzido em nível nacional e internacional, sobre a implicação dos determinantes sociais de saúde na saúde infantil. | Manuscrito 1- IMPLICAÇÕES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA SAÚDE INFANTIL: uma revisão de literatura                         |
|   | Conhecer, na perspectiva da atenção primária à saúde de Florianópolis, o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem.                    | Manuscrito 3- CONTEXTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS: uma análise dos Determinantes Sociais da Saúde |
| A interpretação de situações de vulnerabilidade infantil para desenvolvimento de habilidades inicia-se desde a formação do profissional.  | Analisar como a vulnerabilidade infantil é abordada na formação do enfermeiro.   | Manuscrito 2- A VULNERABILIDADE INFANTIL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>A vulnerabilidade pode ser explicada com base nas dimensões individual, social e institucional</p> | <p>Analisar a vulnerabilidade infantil nas dimensões individual, social e institucional presentes em Florianópolis, Santa Catarina.</p> | <p>Manuscrito 4- A<br/>VULNERABILIDADE INFANTIL<br/>NO MUNICÍPIO DE<br/>FLORIANÓPOLIS: uma análise nas dimensões individual, social e institucional</p> |
|---|---|---|

Fonte: acervo da autora (2021).

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, por meio da Plataforma Brasil, este estudo foi submetido para à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi aprovado sob o parecer número 1.356.893, CAAE 14366019.6.0000.0121

Este estudo foi desenvolvido com indivíduos com autonomia plena e com recursos humanos e materiais necessários que garantiram o bem-estar do participante da pesquisa, assegurando a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes, garantindo o uso das informações sem prejuízo para as pessoas e/ou comunidades e respeitando os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos.

Realizou-se a leitura TCLE aos participantes, esclarecendo-os quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e respeitando suas singularidades. Assegurou-se o direito à livre participação no estudo, e a sua desistência, sendo os dados coletados somente após a autorização verbalizada e escrita dos participantes, mediante suas assinaturas no TCLE. Devido ao estudo transcórrer em meio a pandemia do COVID-19, as entrevistas realizadas nos meses anteriores a março de 2020 foram em local e horário pré-agendados pelos participantes, sendo utilizado gravador de áudio para posterior transcrição das entrevistas. As entrevistas realizadas a partir de maio de 2020 foram via chamada telefônica. Nestes casos, o TCLE foi enviado previamente por e-mail. Foi resguardada qualquer identificação de pessoa ou serviço, garantindo o anonimato e sigilo das informações.

## **6. RESULTADOS**

Os resultados deste estudo estão organizados em três momentos: inicialmente, descreve-se o relatório do caso e as duas unidades integradas de análise. Em seguida, segue-se o manuscrito 2, intitulado “A VULNERABILIDADE INFANTIL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO”; o manuscrito 3, intitulado “CONTEXTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS: uma análise dos Determinantes Sociais da Saúde”; e o manuscrito 4 “A VULNERABILIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: uma análise nas dimensões individual, social e institucional”, contendo a construção da explanação e a discussão dos resultados obtidos. Este tópico segue a Instrução Normativa 10/PEN, de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e apresentação dos trabalhos de conclusão de cursos de mestrado e de doutorado em enfermagem.

### **6.1 RELATÓRIO INDIVIDUAL DO CASO**

Este relatório busca apresentar a vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, destacando os aspectos legais em relação ao público infantil, o contexto em que as crianças florianopolitanas vivem, como se dá o atendimento a criança em Florianópolis, como se identificam as situações de vulnerabilidade infantil, e a vulnerabilidade infantil na perspectiva de docentes e gestores. As informações foram extraídas de documentos, registros e relatos dos participantes da pesquisa.

#### **6.1.1. Aspectos legais em relação ao público infantil**

Neste estudo foram incluídos como documentos-base para os direitos da criança a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990b), a Lei 8.069 de 1990, que trata sobre o ECA (BRASIL, 1990a) e a Portaria 1.130 de 2015, que institui a PNAISC (BRASIL, 2015).

O ECA dispõe como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, assegurar as crianças, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos fundamentais referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à

profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Objetiva ainda, assegurar todas as oportunidades e facilidades, a fim de promover o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990a).

Em relação ao direito de proteção à vida e à saúde, o ECA enfatiza que as políticas sociais públicas orientem ações que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990a).

Corroborando com esse fim, a Lei 8.080, estabelece que a saúde é um direito fundamental das pessoas, sendo dever do Estado proporcionar condições adequadas para garantir a formulação e execução de políticas socioeconômicas que busquem reduzir riscos, doenças e outros agravos e assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação no âmbito do SUS (BRASIL, 1990b).

O SUS identifica e divulga os fatores condicionantes e determinantes da saúde infantil; realizar ações assistenciais terapêuticas e atividades preventivas de forma integrada; executar ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância nutricional e a orientação alimentar; realizar ações de saneamento básico, entre outros (BRASIL, 1990b).

Nesse sentido, a PNAISC, no âmbito do SUS, visa garantir o direito à vida e à saúde das crianças, prioridade absoluta de atendimento, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção, gestão participativa e controle social (BRASIL, 2015).

Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para as crianças, a PNAISC empenha-se para uma gestão interfederativa, organização das ações e serviços em redes de atenção, promoção da saúde, incentivo à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, qualificação dos profissionais, planejamento e desenvolvimento de ações, monitoramento e avaliação e a intersetorialidade (BRASIL, 2015).

Com o intuito de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no Brasil e considerando os determinantes sociais de saúde, a PNAISC objetiva efetivar medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento infantil, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e a morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

Suas ações contemplam a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável; vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e

com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e vigilância e prevenção do óbito infantil (BRASIL, 2015).

Além do direito à vida e à saúde, o ECA assegura que a criança tenha direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais (BRASIL, 1990b).

O direito à liberdade compreende ao poder de ir, vir e estar em espaços públicos e comunitários, assim como a liberdade de opinião e expressão, crença e culto religioso, brincar e praticar esportes, participar da vida familiar e comunitária sem discriminação, participar da vida política e obter refúgio, auxílio e orientação (BRASIL, 1990b).

O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais. Aponta como dever de todos zelar pela dignidade da criança, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor (BRASIL, 1990b).

O estatuto especifica, ainda, que a criança tem o direito de ser educada e cuidada sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais ou por qualquer pessoa encarregada de cuidá-los, tratá-los, educá-los ou protegê-los (BRASIL, 1990b).

E por último, a criança tem o direito ser criada e educada no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral (BRASIL, 1990b).

### **6.1.2 Contexto em que as crianças florianopolitanas vivem**

Florianópolis é uma ilha localizada na região Sul do Brasil, capital do estado de Santa Catarina. Seu PIB per capita em 2017 era de R\$ 40.162,60 e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,847 (IBGE, 2020).

Possui uma população estimada de 508.826 habitantes de acordo com o censo 2020, em 2010 o censo populacional foi de 421.240 pessoas. A população de 0 a 4 anos representava 5,4% (22.838 habitantes) e a de 5 a 9 anos uma parcela de 5,7% (23.974 habitantes) em 2010 (IBGE, 2020).

Em 2010, Florianópolis apresentava 87,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 32% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 54,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020).

A respeito do trabalho e renda, em 2018, o salário médio mensal era de 4,8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 63,9%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, 24,6% da população estavam nessas condições (IBGE, 2020).

Em relação à escolaridade em 2010, a taxa de analfabetismo foi 1,9%, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade foi de 98,4%, a escolaridade na população de 15 anos ou mais sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto de 8,09%, 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto de 7,97%, 2º ciclo fundamental completo ou mais foi de 78,45% (IBGE, 2020).

A morbidade hospitalar, em 2019, foi de 1.272 em menores de um ano, 941 na faixa dos 1 a 4 anos, 751 na faixa de 5 a 9 anos e 696 crianças na faixa de 10 a 14 anos. O número de nascidos vivos em Florianópolis no ano de 2019 foi de 6.134 crianças, e o número de óbitos infantil e fetal foi de 76 (BRASIL, 2020). A cobertura vacinal, em 2019, em Florianópolis foi de 26,7% e no estado de Santa Catarina foi de 60,59% (FLORIANÓPOLIS, 2020). O Quadro 4 apresenta o número de óbitos por faixa etária em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil nos anos de 2017, 2018 e 2019.

Quadro 4 - Número de óbitos em Florianópolis, Santa Catarina e Brasil por faixa etária.

| <b>FLORIANÓPOLIS</b>    |             |             |             |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Faixa etária/Ano</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> |
| 1 a 4 anos              | 16          | 4           | 5           |
| 5 a 9 anos              | 3           | 4           | 3           |
| 10 a 14 anos            | 11          | 5           | 7           |
| <b>SANTA CATARINA</b>   |             |             |             |
| 1 a 4 anos              | 144         | 123         | 126         |
| 5 a 9 anos              | 62          | 70          | 89          |
| 10 a 14 anos            | 120         | 104         | 110         |
| <b>BRASIL</b>           |             |             |             |
| 1 a 4 anos              | 5.918       | 5.869       | 5.807       |
| 5 a 9 anos              | 3.256       | 3.072       | 3.160       |
| 10 a 14 anos            | 4.609       | 4.363       | 4.223       |

Fonte: BRASIL (2020).

A atenção primária à saúde de Florianópolis possui 49 CS divididos em quatro distritos sanitários de saúde: Centro, Continente, Norte e Sul. Cada CS abriga de uma a quatro equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (FLORIANÓPOLIS, 2019).

O distrito Centro conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e drogas (CAPSad), um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPSi), uma Policlínica e 11 CS (FLORIANÓPOLIS, 2019). Trata-se de uma região com predominância de uma população de classe média-alta, com um número expressivo de estudantes, porém, contrasta com áreas de extremo risco social, com desemprego, casos de violência, tráfico de drogas, desnutrição, sífilis congênita e gestacional (GC3, GL7, GL8, GL12, GL13). Por outro lado, as favelas nos morros estão revitalizadas, há melhores condições de saneamento básico em relação à antigamente (GL7). Também é caracterizada por ser região que recebe muitos imigrantes, sendo a linguagem uma grande dificuldade (GL8).

O distrito Continente possui um CAPSad, uma Policlínica, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 11 CS (FLORIANÓPOLIS, 2019). É considerada uma região com áreas caóticas, onde a população utiliza 100% a atenção primária à saúde e a demanda por serviço psicológico é alta (GC2).

O distrito Norte é composto por uma Policlínica, uma UPA e 12 CS (FLORIANÓPOLIS, 2019). Este distrito conta com uma população muito diversificada, atende desde crianças extremamente pobres, que utilizam frequentemente o serviço de saúde, até famílias com poder aquisitivo elevado, que pouco utilizam o centro de saúde (GL10). Também é uma região que recebe muitas famílias oriundas de outros países idealizando uma vida melhor, que utilizam predominantemente o serviço público de saúde e que não tem uma rede de suporte (GC4).

O distrito Sul é constituído por uma Policlínica, uma UPA e 15 CS (FLORIANÓPOLIS, 2019). Nesta área, as famílias residem próximo das praias, possuem uma renda mais alta procuram o setor privado de saúde. No entanto, nas famílias com baixa renda, que vivem de aluguel e trabalham no sistema informal (“bico”), as crianças estão mais expostas a situações de violência entre os vizinhos, uso de drogas, álcool e ao tráfico (GL1, GL4, GL9).

### **6.1.3 Atendimento à criança em Florianópolis**

O atendimento de crianças no município de Florianópolis na rede básica de saúde se dá, principalmente, pelas consultas, tanto realizadas por médicos, quanto por enfermeiros. Porém, esse atendimento inicia antes mesmo da concepção, quando há o planejamento familiar, na saúde da mulher e na assistência durante o pré-natal, parto e puerpério (GL8, GL9).

O teste do pezinho é o primeiro contato da criança com a ESF. Neste dia são agendadas as consultas de puericultura, que acontecem no décimo dia de vida do recém-nascido, no primeiro mês, no segundo, quarto, sexto, nono, décimo segundo, décimo quinto e vigésimo quarto mês (DSC4, GL1, GL2, GL3, GL4, GL5, GL6, GL7, GL8, GL9, GL11, GL12). Nessas consultas, procura-se realizar não só uma avaliação clínica, mas também holística da criança (GC5), abordando aspectos da amamentação, introdução alimentar e desenvolvimento (GL8). Famílias com dificuldade de entendimento, crianças com amamentação incorreta, baixo peso e estatura são acompanhadas em intervalos de tempo menores (GL1, GL3, GL6, GL9). As crianças são atendidas pelo médico da família e, dependendo da demanda, são encaminhadas para o pediatra, nutrólogo e psicólogo (GC5, GL3, GL6, GL12, GL13).

Além das consultas de puericultura, atende-se demanda espontânea, onde as famílias procuram o serviço em casos pontuais de doença, por exemplo, a escabiose (GL4, GL7, GL10). O acesso avançado melhorou o acesso da população as consultas, onde as demandas por médicos, enfermeiros e dentistas são atendidas em até 48hs (GL7, GL13).

Caso a criança falte às consultas de puericultura, é realizada a busca ativa para controle de peso e estatura e verificação do estado geral (GL6, GL11). Da mesma forma, as crianças com esquema vacinal atrasado são submetidas à busca ativa por chamada telefônica e visita domiciliar (GL2, GL4).

A visita domiciliar é realizada sempre que necessário (DSC4, GL13), porém, após o nascimento ela se faz de extrema importância, por possibilitar a identificação da rede familiar de apoio, condições de moradia e higiene, situações de violência e negligência (GL9).

O atendimento da criança por uma equipe multiprofissional é fundamental para o sucesso do seu crescimento e desenvolvimento, auxiliando a família em todos os aspectos (GL8, GL9). O acompanhamento psicológico também permite a identificação de situações de atraso escolar, abuso e doenças (GL4), ainda, realiza-se a investigação de casos de violência (DAPS4, GL3, GL13).

A parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é essencial. O serviço social contribui para verificação do acesso da família à renda, moradia e aos serviços

de saúde e educação. Atua em conjunto com o conselho tutelar em situações de violência, negligência e/ou abandono. A discussão multiprofissional dos casos permite verificar a veracidade das histórias e planejar a melhor ação de acordo com as peculiaridades de cada família (GC5, GL4, GL6, GL8, GL9, GL12).

O Programa Saúde da Escola (PSE) é fundamental para a vigilância da saúde da criança (DSC4, DAPS4). Anualmente, os profissionais do CS vão nas escolas para aferir peso, altura e acuidade visual das crianças (GL12). As reuniões com os professores também possibilitam um espaço de troca de informações, no qual surgem inúmeros casos de negligência, violência e identificação de atraso no desenvolvimento e rendimento escolar (GL4, GL6, GL9, GL12).

O Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem (CEDRA) é um serviço multiprofissional que vêm auxiliando as equipes da atenção primária e as escolas que identificam crianças sem diagnóstico fechado de algum transtorno de aprendizagem, exceto autismo (GC3, GL6). O serviço é limitado, há uma lista de espera para acompanhamento com fonoaudiólogo, psicólogo e psiquiatra (GL6).

#### **6.1.4 Como os gestores em saúde e os docentes em enfermagem identificam as situações de vulnerabilidade infantil**

As situações de vulnerabilidade infantil são identificadas de variadas formas e por diversos profissionais. A interação com a criança, suas expressões, a forma como se comporta e se relaciona com a família e com a comunidade, exigem do profissional uma expertise para identificar esses sinais que são quase imperceptíveis e podem passar despercebidos quando não há um olhar treinado para tal (DAPS7, DSC1, GL6). Estão não só na comunicação verbal, mas também na não verbal, os principais sinais de negligência e violência física e psicológica (GL4, DSC1, DSC4).

O profissional deve estar instrumentalizado para promover um ambiente favorável, de confiança e seguro, que proporcione o desenvolvimento de habilidades de comunicação tanto da criança, quanto da família a fim de promover a saúde e identificar as fragilidades (DAPS7). É necessário o desenvolvimento de um processo educativo com a família de autopercepção de vulnerabilidades e capacidade para a resolução dos seus problemas para minimizar os riscos e agravos (DAPS2).

Muitas vulnerabilidades são identificadas antes mesmo do nascimento, nas consultas de pré-natal. Neste momento são trabalhadas as questões sociais, econômicas e psicológicas que a família enfrenta, com vistas a prevenir a exposição da criança a riscos (GL1, GL9).

Nas consultas da puericultura, identifica-se não só questões físicas, mas também psicológicas e sociais (DAPS1, DAPS5, DSC1, DSC3, DSC4, GL1, GL2, GL7, GL8). É o momento oportuno para avaliar quem trouxe a criança (o tio, os avós, o pai ou mãe) e como ela se comporta perto do cuidador, a forma como se veste e se comunica (GL3, GL4, GL5, DSC1).

Para tanto, ressalta-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um instrumento para coletar os dados da criança e da família e nortear as ações. Nele é colhido o histórico de saúde da criança e da família, desde a gestação até o momento atual, dados de contexto socioeconômico e condições de acesso. Realiza-se um exame físico detalhado para avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança. A partir dessas informações, é possível a identificação de riscos e anormalidades, a elaboração de cuidados e encaminhamentos, quando necessário (DAPS5, DSC2, DSC5).

A busca ativa de crianças faltosas por meio de ligação telefônica, mensagens e visita domiciliar é uma oportunidade de reconhecimento de fragilidades (GL1, GL3, GL7, GL9). Com a visita domiciliar é possível verificar a criança inserida no seu ambiente, a dinâmica familiar em seu entorno e condições de moradia, higiene e saúde (DAPS5, DSC3, DSC4, GL1, GL3, GL7, GL9).

Algumas vezes é a família quem apresenta a demanda para o CS, no entanto, a demanda espontânea não acontece com frequência (DAPS4). Nesses casos, o acolhimento é fundamental para questões de drogadição, contexto socioeconômico desfavorável ou algum agravo agudo de saúde (DAPS1, DAPS3, GC1, GL3, GL11, GL13).

O agente comunitário de saúde (ACS) tem um papel muito forte nos CS. São eles que conhecem e estão próximos da comunidade e que expõem para equipe de saúde o que é observado *in loco* (GC1, GL3, GL5, GL6, GL7, GL8, GL9). Conhecer em profundidade a região de abrangência dos CS é essencial. A territorialização permite conhecer áreas de maior ou menor vulnerabilidade social, econômica e ambiental, locais de tráfico e maior violência (DAPS2, GC2, GC4).

De acordo com a PNAB, são atribuições do ACS contribuir no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos, visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, entre outras (DOC 4).

Em alguns casos, as demandas de vulnerabilidade são apresentadas para conhecimento da equipe de saúde por vias judiciais (GC1, GL11), por vizinhos (GL2, GL13), pelo CRAS (GL9, GL13) ou Conselho Tutelar (GC4, GL2, GL3, GL6, GL9).

Os hospitais e as UPAs, quando atendem a criança e identificam alguma fragilidade ou suspeita de violência, fazem a contrarreferência para a ESF, a fim de continuar o tratamento e investigação (GC1, GL7, GL8, DSC3). Crianças hospitalizadas, que internam frequentemente, precisam de um olhar profissional mais apurado, é necessário criar um vínculo com a família para perceber as fragilidades naquilo que muitas vezes não é dito (DSC4).

A escola é, sem dúvida, o local que mais identifica as questões de vulnerabilidade. É o centro acolhedor da criança, onde essa passa a maior parte do seu tempo, local onde o professor está mais próximo e possui uma relação mais forte com ela (DAPS4, DSC4, GC5, GC4, GL3, GL6, GL8, GL9, GL13). No ambiente escolar é possível observar a dinâmica do convívio com os colegas e professores, o desempenho escolar, mudanças de comportamento, atitudes violentas ou muito retraídas, vítimas de *bullying*, crianças faltosas e o surgimento de doenças (GL3, GL4, DSC3, DAPS5). A diretora pedagógica e os professores possuem uma parceria articulada com a equipe de saúde, atuam não só na educação das crianças, mas como agentes de saúde, com o olhar na perspectiva do cuidado (DAPS4).

São utilizados os indicadores de saúde, disponibilizados pela SMS, que tratam aspectos sociais, econômicos, de saúde da criança, mortalidade, internações, violência e cobertura vacinal (GC1, GC2, GC3, GL2, GL4, GL6, GL8, GL9, GL11). Em 2019, foi implantado o Sistema CELK SAÚDE, que interliga todas as bases de dados do governo federal, estadual e municipal (GL12). No entanto, alguns CS elaboram suas próprias planilhas para controle de nascimentos, consultas de puericultura, vacinas, etc. (GL3, GL5, GL8), enquanto outros utilizam informações contidas no prontuário eletrônico (GC3, GL1, GL5, GL7).

Como as vulnerabilidades são identificadas por diferentes profissionais em variados locais, as reuniões multiprofissionais tornam-se um espaço produtivo para a troca de informações e discussão dos casos. Nessas reuniões, que acontecem mensalmente, participam enfermeiros, ACSs, médicos da família, coordenadora da escola e da creche, pediatra, psicólogo e assistente social. Dessa forma, em conjunto, traçam as melhores estratégias para o manejo de situações de maior gravidade (GL4, GL6, DAPS1).

Alguns CS realizam reuniões de equipe para discussão de casos pontuais do território (GC1). São realizadas, mensalmente, reunião de rede, com os gestores, a fim de planejar

ações para reduzir as vulnerabilidades encontradas nos territórios com base nos relatórios emitidos pelo sistema de informação (GC2)

O Comitê de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal (CPOMIF) auxilia os profissionais de saúde no monitoramento e análise dos óbitos infantis em Florianópolis. Após a análise de cada óbito, o Comitê dá um retorno para as equipes de saúde a respeito de alguma fragilidade na assistência da gestante e/ou criança, tanto a nível hospitalar, quanto na atenção primária (GC3).

### **6.1.5 A vulnerabilidade infantil na perspectiva das unidades integradas de análise**

A vulnerabilidade infantil é vista como uma condição da criança. A condição de “ser criança” em processo de desenvolvimento e crescimento, a expõe à situação de vulnerabilidade (DAPS4, DAPS5, DSC1, DSC3). Desde o pré-natal, a criança já pode estar exposta a riscos biológicos maternos e sociais (DSC4, DSC5). E nos primeiros anos de vida, a maturidade dos sistemas corporais, principalmente o imunológico, está em formação e isso a deixa mais suscetível a doenças (DSC1, DSC3).

No entanto, o contexto em que vive também interfere tanto no estímulo ao desenvolvimento, quanto nas adequadas condições para o seu crescimento saudável. É necessário nutrição e estímulos adequados. Os estímulos corretos em cada fase do desenvolvimento permitem que a plasticidade cerebral ocorra de forma saudável possibilitando que a criança adquira habilidades com todo o seu potencial. Quando a criança adoece e necessita de internação, a própria hospitalização a expõe a mudança de ambiente, ao uso de medicamentos e procedimentos que impactam no seu bem-estar (DSC3).

A vulnerabilidade infantil é multifatorial (DSC1, DSC4, GC5). Entende-se como a exposição das crianças a alguma condição e/ou iniquidade presente no ambiente em que vivem, podendo estar relacionada aos DSS. Estes podem estar associados a questões socioeconômicas (renda, escolaridade, moradia, estado civil), biológicas (idade, sexo), psicológicas, de acesso aos direitos humanos fundamentais e à informação e de exposição a violência (DAPS1, DAPS2, DAPS3, DAPS4, DAPS5, DAPS7, DAPS8, DSC1, DSC4, DSC5, GC1, GC2, GC3, GC4). Porém, não só no extremo da pobreza que se identificam vulnerabilidades, mas também nas classes mais altas, estando associada a comportamentos culturais (DSC3).

De outro modo, a vulnerabilidade é percebida como uma fragilidade. A criança é frágil emocionalmente para o enfrentamento de diversas situações, ela não tem ferramentas para lidar com negligência, violência física e emocional (DAPS2, DAPS4).

Assim, por ser considerada uma condição, a vulnerabilidade infantil pode estar ou não presente, em variados graus de complexidade, e os profissionais de saúde podem mudar essa situação (DAPS4).

## 6.2 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES INTEGRADAS DE ANÁLISE

A seguir serão descritas as duas unidades integradas de análise (UIA) relativas aos participantes da pesquisa, que representam os decentes responsáveis pela formação do profissional enfermeiro e os gestores em saúde que atuam de forma direta ou indireta com a saúde da criança na atenção primária à saúde.

A UIA 1 é composta por profissionais de saúde que atuam em nível central (SMS, distritos Centro, Continente, Norte e Sul) e que atuam em nível local (CS Tapera, CS Vila Aparecida, CS Prainha, CS Costeira do Pirajubaé, CS Monte Cristo, CS Saco Grande, CS Monte Serrat, CS Agrônômica, CS Morro das Pedras, CS Santinho, CS Cachoeira do Bom Jesus, CS Pantanal e CS Colônia). A UIA 2 é composta por docentes da UFSC, que atuam na graduação e pós-graduação, na área da saúde da criança e na atenção primária à saúde.

### 6.2.1 Unidade integrada de análise 1

Esta UIA é composta por cinco profissionais de saúde de nível central (GC) e 13 profissionais de saúde de nível local (GL), todos atuantes na atenção primária à saúde de Florianópolis, conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Características dos gestores em saúde.

| <b>Participante</b> | <b>Sexo</b> | <b>Idade</b> | <b>Profissão</b> | <b>Tempo no serviço (meses)</b> |
|---------------------|-------------|--------------|------------------|---------------------------------|
| GC1                 | F           | 36           | Dentista         | 72                              |
| GC2                 | M           | 48           | Enfermeiro       | 24                              |
| GC3                 | F           | 37           | Dentista         | 24                              |
| GC4                 | F           | 32           | Enfermeira       | 36                              |
| GC5                 | M           | 40           | Médico           | 4                               |
| GL1                 | M           | 32           | Enfermeiro       | 18                              |
| GL2                 | M           | 54           | Enfermeira       | 24                              |

|      |   |    |                      |     |
|------|---|----|----------------------|-----|
| GL3  | M | 32 | Enfermeira           | 9   |
| GL4  | M | 41 | Enfermeira           | 48  |
| GL5  | F | 34 | Enfermeira           | 7   |
| GL6  | F | 39 | Farmacêutica         | 18  |
| GL7  | M | 32 | Advogado             | 1   |
| GL8  | F | 35 | Assistente social    | 10  |
| GL9  | F | 31 | Enfermeira           | 60  |
| GL10 | F | 39 | Auxiliar saúde bucal | 96  |
| GL11 | F | 50 | Contadora            | 168 |
| GL12 | M | 39 | Educador físico      | 96  |
| GL13 | M | 38 | Dentista             | 96  |

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2021).

### 6.2.2 Unidade integrada de análise 2

Esta UIA é composta por cinco docentes que atuam na área da saúde da criança (DSC) e oito docentes que atuam na área da atenção primária à saúde (DAPS), todos professores efetivos da UFSC, conforme apresentado no Quadro 6.

Quadro 6 - Características dos docentes em enfermagem.

| Participante | Sexo | Idade | Profissão  | Tempo no serviço (meses) |
|--------------|------|-------|------------|--------------------------|
| DSC1         | F    | 41    | Enfermeira | 132                      |
| DSC2         | F    | 50    | Enfermeira | 168                      |
| DSC3         | F    | 37    | Enfermeira | 84                       |
| DSC4         | F    | 57    | Enfermeira | 264                      |
| DSC5         | F    | 42    | Enfermeira | 90                       |
| DAPS1        | F    | 39    | Enfermeira | 180                      |
| DAPS2        | F    | 63    | Enfermeira | 60                       |
| DAPS3        | F    | 65    | Enfermeira | 336                      |
| DAPS4        | F    | 42    | Enfermeira | 60                       |
| DAPS5        | F    | 48    | Enfermeira | 60                       |
| DAPS7        | F    | 60    | Enfermeira | 288                      |
| DAPS8        | F    | 57    | Enfermeira | 276                      |

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2021).

### 6.3 MANUSCRITO 2: A VULNERABILIDADE INFANTIL E A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar como a vulnerabilidade infantil é abordada na formação do enfermeiro. Trata-se de um estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados, optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta. A análise dos dados ocorreu por meio da proposição teórica e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso, da qual emergiram três categorias temáticas: a formação em saúde da criança; o ensino da vulnerabilidade infantil; e, fragilidades no ensino da saúde da criança. Conclui-se que o ensino da vulnerabilidade durante a formação do enfermeiro se dá forma transversal durante o curso de graduação, quando se discute o conceito de infância, a criança como ser vulnerável e o contexto do crescimento e desenvolvimento saudável. Evidencia-se a importância do ensino da vulnerabilidade infantil na formação do enfermeiro para o desenvolvimento do pensamento crítico e o olhar sensibilizados para identificação e manejo dessas vulnerabilidades no seu processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Programas de Graduação em Enfermagem. Saúde da Criança. Análise de Vulnerabilidade. Estudo de Caso. Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

No contexto da saúde infantil, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de condições complexas que torna a criança susceptível a sofrer prejuízos ou atrasos em seu crescimento e/ou desenvolvimento devido à influência de elementos de ordem individual, social e institucional (SILVA *et al.*, 2013).

O enfoque da vulnerabilidade na formação dos profissionais de saúde é essencial para a promoção da saúde e prevenção de danos, doenças e agravos, e deve fazer com que o indivíduo busque e se aproprie de informações que façam sentido para ele, que se mobilize autenticamente e encontre alternativas práticas que permitam a superação das situações vulneráveis (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

No entanto, não adianta falar de vulnerabilidade se os profissionais que estão na ponta do serviço não modificarem as formas habituais de se trabalhar com saúde. Se não houver mudança na forma de interação entre as pessoas nas práticas de saúde, mantém-se um processo de trabalho enrijecido, preso a determinados meios e resultados que necessita, no

mínimo, tornar-se mais efetivo, real e concreto (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Nesse ponto, destaca-se o profissional enfermeiro por estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente na atenção primária à saúde. A formação de profissionais de enfermagem no Brasil tem sido uma demanda social inquestionável e de significativa importância, sobretudo se considerado o cenário para uma sociedade do conhecimento e, ainda, as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, com a introdução de novas tecnologias (VIEIRA *et al.*, 2020).

O estudante de enfermagem deve ser considerado o sujeito do seu próprio aprendizado, enquanto o docente é um facilitador do processo de ensino-aprendizagem. Essa definição oferece desafios para ambos no que diz respeito, principalmente, à implementação do conhecimento na prática para promoção do cuidado integral de populações específicas, como, por exemplo, as crianças (TELES *et al.*, 2020).

No entanto, para o cuidado à criança, as habilidades para um trabalho efetivo vão muito além das técnicas, visto que é necessário o desenvolvimento de relacionamento com ela e sua família. O cuidado centrado na criança e sua família preza pela comunicação, partilha de informações e relacionamento colaborativo (TELES *et al.*, 2020).

Desta forma, compreender a vulnerabilidade exige do aluno um olhar apurado e julgamento clínico aguçado, que permita identificar as situações e sinais apresentados tanto pela criança, quanto pela família ou meio onde elas vivem. Para tanto, essas habilidades, assim como o tema de vulnerabilidade, devem ser apresentadas ao sujeito desde a sua formação, para que, em sua atividade laboral, o enfermeiro compreenda a condição de vida da criança em situação de vulnerabilidade e auxilie a família a encontrar melhores condições de sobrevivência (BISPO; CARDOSO, 2016).

Considerando o exposto, admite-se a proposição teórica de que a interpretação de situações de vulnerabilidade infantil para desenvolvimento de habilidades inicia-se desde a formação do profissional. Esta proposição teórica subsidiou a formulação da questão de pesquisa que norteou este estudo: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina? Assim, este estudo teve como objetivo analisar como a vulnerabilidade infantil é abordada na formação do enfermeiro.

## **MÉTODO**

Estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. O método de estudo de caso é utilizado quando existe a necessidade de entender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto (YIN, 2015).

O estudo de caso único é apropriado quando a teoria expõe um conjunto claro de proposições e as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. As subunidades de análise acrescentam oportunidades mais significativas para uma análise mais ampla, favorecendo os *insights* ao caso único (YIN, 2015).

Neste estudo de caso, o contexto foi o município de Florianópolis, o caso a vulnerabilidade infantil, sendo a unidade integrada de análise (UIA) composta pelas impressões e perspectivas de docentes de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A UIA procura compreender o ensino da vulnerabilidade infantil na perspectiva dos professores enfermeiros que atuam na graduação e pós-graduação na área da saúde da criança e na atenção primária à saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta.

Foram incluídos dois tipos de documentos de relevância para a compreensão do fenômeno: documentos de amparo legal e teses/dissertações. Os documentos de amparo legal foram elegidos intencionalmente e incluem portarias, leis, plano pedagógico e plano de ensino. Os documentos foram nomeados de acordo com a ordem de leitura (por exemplo, DOC1, DOC2 etc.).

As teses e dissertações foram selecionadas pelo Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Utilizou-se a chave de busca “vulnerabilidade infantil *and* saúde da criança”, sem limite de ano, de teses e dissertações publicadas pela UFSC. A busca foi realizada em 29 de setembro de 2020 e gerou um total de 418 documentos, dos quais após leitura de título e resumo, foram incluídos 18 estudos que atenderam o escopo da pesquisa. Os estudos foram nomeados de acordo com tipo (teses - T e dissertações - D) seguido pelo número de ordem de leitura (por exemplo, D01, D02; T01, T02).

Os registros em arquivos foram utilizados para conhecer o contexto da saúde infantil de crianças de 0 a 9 anos de idade, residentes no município de Florianópolis. Os registros incluídos no estudo foram os disponíveis nos últimos anos, coletados do *site* IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>) (RA1) e da Prefeitura Municipal de Florianópolis ([www.pmf.sc.gov.br/entidades/saúde](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude)) (RA2).

Para a entrevista curta, foram entrevistados 12 docentes de enfermagem da UFSC, dentre eles cinco atuantes da área da saúde da criança (DSC1 a DSC5) e oito na atenção primária à saúde (DAPS1 a DAPS8). Para a elegibilidade dos docentes em enfermagem, adotou-se como critérios de inclusão ser professor efetivo do curso de graduação de enfermagem na UFSC e ter como área de estudo a atenção primária à saúde e/ou saúde da criança. Os critérios de exclusão foram aplicados aos docentes de férias, licença no período da coleta de dados ou recusa de participar da pesquisa. A partir destes critérios, dois recusaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com questões predeterminadas, dirigidas aos participantes. O roteiro é composto por duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos e a segunda com perguntas que permitiram responder a seguinte questão norteadora: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina?

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a setembro de 2020. Para otimizar a realização da entrevista, utilizou-se um aparelho de gravação de áudio com a finalidade de resgatar o máximo de dados obtidos através da fala dos participantes. As entrevistas foram marcadas com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo profissional. Após o mês de março, em meio ao auge da pandemia do coronavírus, não foi possível realizar a entrevista presencialmente. Sendo assim, essas ocorreram via chamada telefônica e gravadas simultaneamente. Nesses casos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado por e-mail. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra.

A análise dos dados se deu pela técnica qualitativa por meio da utilização do *software* MaxQDA®plus. Na primeira etapa, as fontes de evidência foram importadas para o *software* e agrupadas em pastas de entrevistas, documentos e registros em arquivos. Na segunda etapa foram criados 942 códigos, que foram agrupados em 12 conjuntos de códigos, sendo eles: ensino da vulnerabilidade, formação em saúde da criança, fragilidade no ensino, como se dá o atendimento à criança, importância da análise da vulnerabilidade, como identificar as vulnerabilidades, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade social, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade institucional, conceito de vulnerabilidade e vulnerabilidade individual, social e institucional, áreas de vulnerabilidade e legislação.

As estratégias analíticas utilizadas foram as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. Essas estratégias permitiram aplicar uma estrutura teórica para a organização do estudo de caso e identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (YIN, 2015). Assim, utilizou-se como referência de análise o

referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009), adaptado para o público infantil.

Este estudo foi submetido para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer número 3.369.067, CAE 14366019.6.0000.0121, por meio da Plataforma Brasil, seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Neste estudo de caso, o contexto é o município de Florianópolis, o caso é a vulnerabilidade infantil e a UIA são os docentes em enfermagem da UFSC.

Na busca de teses e dissertações foram incluídos 18 estudos, sendo 11 dissertações e sete teses.

Quadro 7 - Banco de teses e dissertações.

| Nomenclatura        | Ano  | Título  |
|---------------------|------|---|
| <b>DISSERTAÇÕES</b> |      |   |
| D01                 | 2013 | Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral  |
| D02                 | 2014 | Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma construção coletiva   |
| D03                 | 2015 | Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê Pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru |
| D04                 | 2015 | Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico                          |
| D05                 | 2016 | COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos  |
| D06                 | 2016 | Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico  |
| D07                 | 2016 | Estratégias para a Redução dos Ruídos na Unidade Neonatal: uma construção coletiva da enfermagem  |
| D08                 | 2017 | Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado                       |
| D09                 | 2017 | Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica                                       |
| D10                 | 2019 | Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico.                                       |
| D11                 | 2019 | Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio   |

|              |      |   |
|--------------|------|---|
|              |      | de imagens  |
| <b>TESES</b> |      |   |
| T01          | 2014 | Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal                                |
| T02          | 2015 | Educar – brincar – cuidar: uma proposta problematizadora de ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem |
| T03          | 2017 | Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica             |
| T04          | 2017 | Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis   |
| T05          | 2017 | Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas   |
| T06          | 2018 | Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment  |
| T07          | 2019 | Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados           |

Fonte: acervo da autora (2021).

Foram incluídos seis documentos de amparo legal, apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 - Banco de documentos de amparo legal.

| <b>Nomenclatura</b> | <b>Documento/ Ano</b>   | <b>Descrição</b>   |
|---------------------|-------------------------|--|
| DOC 1               | Portaria nº1.130/ 2015  | Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| DOC 2               | Lei nº 8.069/ 1990      | Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.  |
| DOC 3               | Lei nº 8.080/ 1990      | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.   |
| DOC 4               | Portaria nº 2.436/ 2017 | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| DOC 5               | Plano pedagógico/ 2018  | Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).   |
| DOC 6               | Plano de ensino/ 2019   | Plano de Ensino da Disciplina o cuidado no processo de viver humano IV –saúde da mulher, do neonato, da criança e do adolescente.                                    |

Fonte: acervo da autora (2021).

Em relação aos docentes participantes da pesquisa, cinco atuam na área da saúde da criança e oito na área da atenção primária à saúde. São predominantemente do sexo feminino,

enfermeiras, com idade variando de 37 a 65 anos. Todas atuam no ensino, pesquisa e extensão, com tempo de docência variando de 60 a 336 meses, na graduação e pós-graduação *latu e stricto sensu*.

Com base nos dados coletados por meio de teses, dissertações e entrevistas, emergiram três categorias temáticas: “A formação em saúde da criança”, “O ensino da vulnerabilidade infantil” e “Fragilidades no ensino da saúde da criança”.

### **A formação em saúde da criança**

Esta categoria aborda como se dá o ensino voltado para a saúde da criança na UFSC, carga horária, campos de estágio supervisionado e temática de estudos conduzidos na área da saúde da criança a fim de melhorar a prática assistencial voltada a esse público.

O curso de graduação em enfermagem na UFSC se organiza em dez semestres, totalizando 4.980 horas/aula de 50 minutos, sendo 1.264 horas/aula de estágio supervisionado, 120 horas/aula em atividades complementares e 72 horas/aula em disciplinas optativas. As disciplinas são divididas em conteúdos teóricos e teórico-práticos, desde a 1ª até a 7ª fase. A partir da 8ª fase, os estudantes passam a ter o processo ensino aprendizagem na modalidade estágio supervisionado (DOC5).

O modelo de ensino durante a graduação do enfermeiro é generalista, com foco nos ciclos da vida do ser humano. De acordo com os docentes, a criança é estudada dentro do seu contexto familiar e comunitário desde os semestres iniciais da graduação em enfermagem.

*Como a maioria das disciplinas a gente tem um modelo de saúde muito centrada na doença e daí é por ciclos de vida, saúde do adulto, saúde do idoso, saúde da mulher (DAPS8).*

*Pensando na formação de enfermeiro generalista, então a gente tem que proporcionar diversidades de experiências, porém naquilo que se espera de um enfermeiro generalista e não especialista (DSC3).*

*E depois isso vai se aprofundando ao longo do curso, com as disciplinas mais específicas que a gente vai ter lá na saúde da criança, vendo tanto essa criança na comunidade, enquanto essa criança hospitalizada (DAPS7).*

*Mas eu acredito que lá desde a primeira [fase], quando ele vai para comunidade, quando ele começa a se aproximar do sistema de saúde. Ele não vai olhar para saúde da criança, mas ele vai começar a olhar essa criança no território, essa criança na família também, essa criança na escola (DAPS4).*

*O enfermeiro ele se faz generalista, ele aprende a fazer um pouquinho de cada coisa (DSC4).*

O modelo de ensino integrado é composto por ações educativas voltadas ao desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro, considerando o indivíduo criança, adolescente, adulto e idoso, família, grupo e comunidade, nos diferentes cenários, como no domicílio, na escola, na comunidade, nas unidades básicas de saúde, nos hospitais, entre outros (DOC5).

O aprofundamento no conteúdo sobre a saúde da criança ocorre durante um semestre específico, na metade da graduação em enfermagem. Após esse semestre, o estudante entra novamente em contato com a saúde infantil durante o estágio supervisionado na APS e, caso ele opte, pode realizar o estágio final em área materno-infantil.

*Eu vejo que ainda é muito focado somente em uma fase (DAPS8).*

*Na nossa disciplina é o primeiro momento no curso que ele vai ter contato com conteúdo específicos da saúde da criança e aí depois disso só ali no estágio curricular supervisionado, na fase seguinte que ele volta para atenção básica e depois se ele escolher fazer o supervisionado em uma área relacionada a saúde da criança (DSC3).*

*Ela tem um número até interessante de horas, essa fase ela é trabalhada no semestre todo, então o estudante consegue ter uma certa vivência com relação a essa área do conhecimento, ele tem as práticas, ele tem uma formação teórica (DAPS5).*

*Olhando para o currículo da graduação de enfermagem o cuidado com a criança ele tem uma especialização na disciplina da 6ª fase, que é especificamente pediatria (DAPS4).*

*Mas o aluno só tem contato com a criança mesmo, com cenário de cuidado na 6ª fase e no curso a gente tem a possibilidade de no último semestre o aluno escolher os 40 % no final do último*

*estágio e poderia também escolher um campo voltado à saúde da criança (DSC5).*

O sexto semestre da graduação em enfermagem é voltado para o cuidado no contexto das políticas de atenção à saúde da criança, do adolescente, da mulher e da família. O cuidado à criança, adolescente e sua família está voltado para as intercorrências clínicas agudas, prolongadas e crônicas, no contexto da atenção básica domiciliar e hospitalar, em ações de promoção, prevenção das intercorrências e recuperação da saúde. Além disso, é discutido ética e bioética, processo investigativo, gestão do cuidado de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem e segurança do paciente (DOC5).

As docentes da disciplina de saúde da criança procuram proporcionar o máximo de experiências possíveis aos alunos por meio de aulas teóricas e práticas. A carga horária prática é mais elevada e os conteúdos são organizados de forma que o estudante tenha contato com a criança na APS, no setor de internação hospitalar e na emergência. Espera-se que o aluno tenha um olhar ampliado da criança no seu contexto familiar com foco na promoção da saúde.

*Em nossa disciplina a gente resolveu proporcionar para o aluno o máximo de diversidades de experiências possíveis, então ele vai para atenção primária, ele vai para atenção hospitalar na clínica e para a atenção hospitalar na emergência (DSC3).*

*É uma disciplina característica de ter uma carga horaria bem grande prática, a gente tem pouca carga teórica e bastante e carga prática para que realmente os alunos possam aprender nesse convívio com as famílias perceber esses diferentes contextos (DSC5).*

*A gente tenta direcionar para questão do cuidado a criança e ao adolescente e a família, não com o foco na doença, mas no que envolve o cuidado a essa criança, o adolescente, envolvendo a importância do papel da família, tanto os aspectos relacionados a prevenção de agravos na infância (DSC2).*

*A visão geral do que ele tem que olhar na criança é super importante, então ele consegue pegar na clínica, ele consegue entender como é que se dá um banho, o que tu precisas ver na alimentação, cuidados com higiene e conforto e as patologias principais (DSC1).*

Vários estudos realizados no programa de pós-graduação em enfermagem da UFSC contribuem com melhorias e facilidades para a prática assistencial em pediatria, com vistas a segurança do paciente. Em relação às crianças internadas em uso de terapia venosa periférica, duas dissertações preocuparam-se em demonstrar que essa prática deve ser baseada em evidências científicas, objetivando a segurança do paciente pediátrico (D02, D04). Outra dissertação criou um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção de cateter central de inserção periférica (D09).

Um estudo, por meio da gerência do cuidado de enfermagem, incorporou melhores práticas em unidade de terapia intensiva neonatal (T01). E uma dissertação preocupou-se com estratégias para a redução dos ruídos em unidade neonatal, pois estes causam prejuízos no desenvolvimento do recém-nascido (D07). Outro estudo apoia a decisão dos enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados.

Em crianças que sofreram queimaduras, um estudo utilizou a realidade virtual como terapia complementar para sua recuperação (D08). A cor também foi utilizada em um estudo para manejo da dor em internações pediátricas (D10).

Em relação a sistematização da assistência de enfermagem, uma dissertação mostrou melhora na assistência prestada às crianças e ainda uma maior qualidade do cuidado e segurança ao paciente (D06). Ainda relacionada à segurança do paciente, outro estudo apontou tecnologias de enfermagem para a assistência perioperatória pediátrica segura (D11) e uma tese construiu um instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas (T05).

No cenário da APS, dois estudos investigaram a necessidade de fortalecer o fluxo de referência e contrarreferência para sensibilização dos profissionais no atendimento às crianças que estão na terceira etapa do Método Canguru e o cuidado compartilhado entre famílias e equipe (D03, T04). As práticas de promoção da saúde para o empoderamento das famílias no desenvolvimento de crianças prematuras foram abordadas em dois estudos (T03, T06).

A disciplina da saúde da criança é ofertada em conjunto com a saúde da mulher e do neonato, proporcionando ao aluno uma vasta experiência no que se trata do binômio mãe e filho na família.

*E a nossa disciplina ela ocorre de maneira conjunta com a saúde da mulher e do neonato Ele tem que passar pelo conteúdo específicos da saúde da mulher, da ginecologia da obstetrícia e também da promoção da saúde da mulher. Ele passa por muitos campos, tem uma variedade de experiências, são experiências*

*muito ricas pensando no binômio e também incluir a família (DSC3).*

Os alunos também entram em contato com a atenção psicossocial, em especial com a saúde mental da criança e do adolescente. É um conteúdo especializado onde o estudante tem aulas teóricas e práticas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A saúde mental é discutida no sétimo semestre do curso abordando, entre outros temas, o cuidado ao indivíduo, família e comunidade em ações de promoção e recuperação da saúde mental (DOC5).

Apenas um estudo tratou sobre a saúde mental infantil e aborda como ocorre a brusca mudança nas rotinas familiares, que estão voltadas a atender as necessidades das crianças com paralisia cerebral (D01).

*Os conteúdos de saúde mental da criança e de atenção psicossocial a criança é um conteúdo bem especializado (DAPS4).*

*Também é focada na saúde mental da criança do adolescente (DAPS7).*

*A vulnerabilidade na saúde mental que é uma área tão frágil quanto a infância, a esse cuidado a criança, neonato até ao adolescente (DAPS5).*

As docentes relatam a importância de aproximar a saúde com a escola, proporcionando ao aluno essa experiência durante o estágio supervisionado, oportunizando discussões teórico-práticas da criança no seu contexto escolar. Nessas ocasiões são realizadas atividades com as crianças nas escolas de educação em saúde e participação em reuniões de equipe de saúde.

*A gente trabalha muito próximo, no programa de saúde da escola, junto a escola básica (DAPS7).*

*Eu mesmo costumo trabalhar muito articulado com a escola, os alunos podem participar das reuniões e no dia a dia ali dos atendimentos das crianças (DAPS4).*

*Mas tem inclusive vários projetos de escola no hospital para realmente tentar dar conta desse convívio mais amplo desse convívio social que a criança também está inserida (DSC5).*

*A gente também desenvolve atividades na escola no centro educacional (DSC2).*

*Esse aluno é também introduzido dentro do ambiente escolar, então a gente vai para escola e faz atividades lá (DSC1).*

## **O ensino da vulnerabilidade infantil**

Esta categoria demonstra que o tema da vulnerabilidade, seja ela infantil ou não, durante a graduação de enfermagem, ocorre de forma transversal e não como um tópico específico. Desde os semestres iniciais ocorrem discussões sobre a vulnerabilidade durante o ensino do processo de viver humano. A vulnerabilidade infantil também é abordada em conjunto com a disciplina de pediatria e nas discussões durante os estágios supervisionados.

Não foi encontrado no Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC (DOC5) o tema da vulnerabilidade incluído nos eixos de ensino. Nos estudos analisados, apenas uma tese (T06), abordou aspectos da vulnerabilidade das famílias atendidas na APS.

As docentes compreendem que o ensino deve estar além da questão da saúde como ausência da doença, mas sim incluir as questões sociais e de vulnerabilidade em todos os ciclos de vida.

*Como eu trabalho com os determinantes sociais eu busco trabalhar muito a questão social no processo saúde e doença. Então eu trabalho sempre nos conteúdos que eu abordo em todo momento (DAPS8).*

*Desde a primeira fase, nós temos essa preocupação, quando a gente começa a trabalhar com a processo de viver humano no ciclo vital da família. Quando focamos na nossa sociedade aparece muito claro os momentos de vulnerabilidade, se discute o alto índice de depressão, de suicídio, fora as condições socioeconômicas, as desigualdades sociais, e tudo isso aí vem sublinhando a vulnerabilidade (DAPS7).*

*Eu considero a vulnerabilidade um termo assim transversal, eu acho que ela precisa ser abordada realmente a todo o momento (DSC5).*

*Vulnerabilidade da criança não, mas esse assunto ele é discutido no entremeio daquilo que a gente encontra na prática,*

*de alguns conteúdos teóricos que a gente aborda, seja ele a doença crônica, aguda, seja eles as questões relacionadas a família, então ele está no entremeio, ele não é visível com esse nome vulnerabilidade (DSC4).*

*Eu considero como um eixo, um assunto, um conceito que ele passa em todos os conteúdos da disciplina, não tem uma aula formal com esse título, mas ele é um tema transversal na disciplina (DSC2).*

*Então é como se ele tivesse dentro dos temas, mas a gente não usa a palavra vulnerabilidade, então eu acho que ele está intrínseco, na maioria das coisas que a gente está fazendo (DSC1).*

Na disciplina de saúde da criança, a vulnerabilidade é abordada quando se fala do histórico de saúde da criança, no conceito de infância e a criança como ser vulnerável no contexto do crescimento e desenvolvimento saudável.

*A gente aborda a questão da vulnerabilidade infantil nas aulas de crescimento, desenvolvimento, na aula de alimentação complementar e nas aulas de impactos da hospitalização infantil, porém como crescimento e desenvolvimento infantil é um dos eixos do ensino em pediatria e saúde da criança, então ele perpassa toda vivência desse acadêmico da saúde da criança (DSC3).*

*Daí na pediatria que eles abordam conteúdo mais específico de crescimento e desenvolvimento, tanto de criança saudável quanto a criança doente. Tem alguns conteúdos que fazem interface, não tem um conteúdo específico de vulnerabilidade, mas tem várias questões tanto na criança quanto adolescente, que daí perpassam a questão de vulnerabilidade (DSC5).*

*Olha eu acho que envolve desde aspectos psicológicos, que a criança ela é mais vulnerável pela própria especificidade em relação a imaturidade do sistema da criança, ela está mais a risco e aí eu entendo que ela acaba ficando mais vulnerável aos agravos aos vários tipos de doença (DSC2).*

*Então com isso a gente consegue mostrar para o graduando toda essa parte da vulnerabilidade que a criança tem, então em todos os ambientes que ela possa chegar pra gente cuidar dela, porque a gente vai tratar tanto das vulnerabilidades desde a parte imunológica, da parte do crescimento e desenvolvimento, quanto do lado social (DSC1).*

A vulnerabilidade também é discutida na saúde da mulher quando se trata as questões de pré-natal, parto e puerpério.

*A questão da vulnerabilidade é mais discutida nessa questão mesmo desde o pré-natal, condições de acesso ao serviço, qualidade de pré-natal, condições de nascimento dessa criança e até o acompanhamento depois que nasce (DSC5).*

*A nossa disciplina ela é desde a questão da mulher, a mulher na sociedade, a mulher quando engravida, aí vem o recém-nascido, a criança, o adolescente, então a questão da vulnerabilidade perpassa por toda a disciplina (DSC2).*

No sétimo semestre, quando a saúde mental é abordada com os alunos, a temática da vulnerabilidade é amplamente discutida

*Então na disciplina da sétima fase os estudantes trabalham bastante a questão da vulnerabilidade tanto por conta do uso abusivo das substâncias químicas, pela questão também do abandono social e a questão da discriminação social por conta do transtorno mental (DAPS5).*

*Porque a escola ali do centro de saúde, em que a gente vai com os alunos, pede para fazer uma atividade educativa por exemplo de bullying, de suicídio na infância, de uso de drogas na escola, então são temas que se cruzam e que notam essa questão da vulnerabilidade (DAPS1).*

Durante os estágios obrigatórios, tanto na atenção primária à saúde, quanto na atenção secundária e terciária, ocorrem discussões em torno da vulnerabilidade de acordo com a realidade que os alunos vivenciam na prática. Espera-se integrar o aluno com as outras profissões e discutir os aspectos sociais, econômicos, físicos e psicológicos que envolvem a criança.

A discussão dos contextos que podem interferir na saúde infantil é abordada por Comitês de Prevenção do Óbito Infantil. Nos resultados de uma dissertação, os comitês monitoram e analisam os casos de óbitos infantil, a fim de elaborar estratégias para a sua prevenção (D05).

É durante a vivência prática que o aluno entra em contato com a realidade em que a criança vive, sendo possível aprofundar a discussão dos múltiplos fatores que podem interferir na sua saúde, aprimorando o olhar do aluno para essas especificidades.

*Por exemplo, tem alunos que chegam e dizem assim: “Eu nunca vivi essa realidade, eu nem sabia que isso existia.” É incrível, tu nem acreditas que eles não tenham essa percepção da realidade. Levá-los nas casas das famílias, sair na comunidade e problematizar a realidade, isso que ajuda eles a entender um pouco (DAPS8).*

*A gente vai fazer uma consulta de enfermagem, eu sempre chamo os alunos para estas questões, que situações de vulnerabilidade esta criança está enfrentando em termos do seu corpo físico, o que há de esperado em termo de crescimento e desenvolvimento, se está dentro do esperado ou não. [...] como aquela condição de patologia impacta na vida da criança, na vida de sua família, como que sua família está estruturada para atender aquelas questões (DSC3).*

*É articulado com o que a prática nos oferece de realidade, então vai depender muito dos atendimentos que vão acontecer, dos temas que vão chegar, da programação da unidade (DAPS4).*

*A discussão da continuidade do cuidado é fundamental para que as alunas possam realmente desenvolver as competências necessárias para essa área (DAPS3).*

*A gente tem um trabalho interprofissional que eu acho que favorece muito essa visão para o aluno, que daí a gente trabalha muito interligado com a psicologia, com serviço social que eu acho que consegue uma abordagem mais ampla do contexto (DSC5).*

*Então, quando se vai na casa a gente começa a olhar pra aquele contexto social, familiar, não apenas do ponto de vista físico, mas as vezes a família tem uma casa boa, tem um ambiente bom, então a gente acaba fazendo a leitura daquilo que pode colocar a criança em alguma situação de vulnerabilidade, seja de classe social seja ela psicoemocional, seja ela econômica, estrutural, a gente acaba discutindo nesse campo de estágio (DSC4).*

*Dependendo da criança que o aluno está cuidando ou do tema que vai ser discutido nos dias de estágio, a gente acaba trabalhando essa questão da vulnerabilidade, olhando para a criança naquela situação de vulnerabilidade (DSC2).*

A discussão da prática dos enfermeiros na atenção primária foi abordada em uma tese que sinalizou a perspectiva da promoção da saúde como ferramenta de reflexão da assistência à saúde das crianças cujas famílias inserem-se em situações de vulnerabilidade (T06).

A identificação da violência na infância é um tema trabalhado não só em sala de aula, mas durante os estágios para que os alunos atentem para os sinais de violência física ou psicológica tanto na APS quanto no hospital.

*E também tem a questão da violência infantil, que seja na atenção primaria, seja no hospital, principalmente na emergência, a gente sempre tem que estar de olho nos possíveis sinais que essa criança está sofrendo algum tipo de violência, seja ela física, seja psicológica, por situação familiar ou na escola, que podem expor essa criança em uma situação de violência (DSC3).*

*A violência está muito ligada a vulnerabilidade, quando se discute a violência na família e aí entra também toda essa situação da criança, aparecem muito claro essa vulnerabilidade da criança e do adolescente (DAPS7).*

*Então ele consegue ter bem essa visão dentro das emergências porque é o que a gente mais pega, e aí os acidentes, que aí tomou um anticoncepcional da mãe, tomou alguma outra coisa, caiu da escada, caiu da janela. Então a partir desse momento a gente também discute bastante de violência (DSC1).*

As docentes sinalizam a importância de sensibilizar o estudante para que este tenha uma visão voltada para a vulnerabilidade, que o permita identificar essas situações no seu processo trabalho.

*Eu vejo quando a gente traz uma visão ampliada do que é a saúde, quando se fala nas estratégias de promoção da saúde e que a saúde tem todas essas dimensões, a gente está dando essa oportunidade para despertar esse olhar que vai se colocar lá no cuidado, e que precisa se refletir na sistematização da assistência de enfermagem (DAPS7).*

O uso do brinquedo terapêutico foi apontado como um facilitador para a identificação das vulnerabilidades infantis durante o atendimento à criança.

*E uma coisa que eu acho que é bem legal na nossa formação é que a gente trabalha também com brinquedo terapêutico, então a gente ensina esses graduandos o quanto é importante entrar no mundo da criança até pra entender onde essa criança está precisando desse cuidado independente do ambiente que ela esteja (DSC1).*

Uma dissertação apontou que o uso do brinquedo terapêutico, na graduação do enfermeiro, é uma ferramenta que pode transformar a prática do cuidado à criança em diferentes contextos de atenção à saúde (T02).

### **Fragilidades no ensino da saúde da criança**

Esta categoria discorre sobre as fragilidades vivenciadas pelas docentes do curso de graduação de enfermagem na UFSC em relação ao ensino da saúde da criança. As docentes apontam, como fragilidades, a carga horária limitada para a saúde da criança e o ensino fragmentado dos temas. Não foram encontradas teses e dissertações que tratem sobre esta temática.

As docentes afirmam que o ensino da saúde da criança ofertado é o mínimo exigido pelo Ministério da Saúde para a atenção básica à saúde da criança, sendo essa carga horária insuficiente, pois o curso de graduação em enfermagem é voltado para o público adulto.

*Eu acho que é o básico do básico, na enfermagem eu acho que a formação é bastante centrada nas demandas naquilo que o ministério da saúde orienta como política públicas básica de*

*atenção a criança. [...] é muito básica para aquele enfermeiro generalista tenha uma habilidade pediátrica (DAPS1).*

*Então eu acho que acaba sendo uma lacuna, apesar que a gente sabe que o curso tem várias áreas, é realmente difícil para poder ampliar o tempo, a carga horária para conteúdo específico, mas eu considero que ele tem uma carga horária muita pequena para quem vai atuar nesse campo (DSC5).*

*Então em termos de carga horária, nós temos muito pouco tempo, tanto de atividades teóricas como de atividades teóricas práticas, e isso para mim, ao longo de um curso que é de 5 anos, ele é muito pouco porque se a gente olha o curso ele é iminentemente voltado pra adulto (DSC4).*

*É uma carga horária pequena considerando até que o curso é generalista, então não dá para abordar todos os elementos que compõem a área da enfermagem pediátrica (DSC2).*

De acordo com o plano de ensino da disciplina “O CUIDADO NO PROCESSO DE VIVER HUMANO IV –SAÚDE DA MULHER, DO NEONATO, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE” desenvolvida no sexto semestre do curso de enfermagem, esta é ofertada em uma carga horária de 432 horas, sendo 172,8 horas teóricas e 259,2 horas práticas (DOC6).

O ensino fragmentado dos conteúdos é visto como uma fragilidade pelas docentes, pois prejudica a associação da teoria com a prática.

*[...] precisaria ser abordada de uma forma integral e não na forma de conteúdo, digamos assim, fragmentados que não consegue se conversar, que não consegue conectar muitas vezes o que o estudante vê e compreende na sala de aula, daquilo que ele vê e compreende na sociedade (DAPS4).*

*Eu acredito que a gente tem uma formação muito assim de caixinha, apesar do nosso currículo da enfermagem ser integrado, não necessariamente eles participaram de alguma atividade de cuidado disso, então eu acho que ainda existe muitas lacunas básicas e que entra nessa área da vulnerabilidade (DAPS1).*

As docentes acreditam que a saúde da criança deveria ser abordada ao longo do curso em conjunto com outras disciplinas para que aprendizado fosse constante.

*Talvez ao longo do currículo ele fosse se apropriando das questões relativas da saúde da criança, em outras disciplinas, em outros momentos, acredito eu que seria mais adequado, que possibilitaria um aprendizado mais fluido, mais constante, mais significativo e mais tranquilo (DSC3).*

De acordo com o Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem, a saúde da criança é discutida com especificidade apenas no sexto semestre do curso de enfermagem, podendo ser novamente visitada a partir do oitavo semestre no estágio supervisionado (DOC5).

A carga horária reduzida em cada campo de estágio é apontada como uma fragilidade no ensino da saúde da criança.

*Ele fica poucos dias em determinado campo, a gente percebe que quando o aluno está se apropriando das questões relativas à atenção da criança naquele contexto, que ele já está tendo uma maior desenvoltura, uma maior autonomia, ele já muda para determinado campo (DSC3).*

As atividades práticas são divididas em vários cenários de atenção à saúde, sendo eles: Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário, Unidade de Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Maternidade Carmela Dutra, Maternidade do Hospital Universitário (Centro Obstétrico, unidade de internação), visitas à UTI neonatal e grupo de gestantes e casais grávidos e Unidade Local de Saúde (DOC6).

## **DISCUSSÃO**

O ensino da vulnerabilidade infantil foi analisado com base em proposições teóricas que guiaram a atenção para a perspectiva de docentes de enfermagem que atuam nas áreas de saúde da criança e atenção primária à saúde, permitindo a compreensão do fenômeno em profundidade. Os docentes apresentaram discursos semelhantes nas categorias analíticas e algumas fragilidades puderam ser identificadas.

O curso de graduação em enfermagem deste estudo é generalista, com foco nos ciclos de vida, sendo que a saúde da criança é abordada desde os semestres iniciais, considerando o contexto familiar e comunitário.

A formação generalista visa a formação de um profissional enfermeiro competente e que atenda às exigências da sociedade atual. Assim, é fundamental que as estratégias de ensino utilizadas estejam de acordo com as competências a serem trabalhadas e que as abordagens pedagógicas utilizadas pelos docentes consigam suprir as necessidades dos estudantes no que se refere ao ensino teórico prático das diferentes áreas do cuidado (CARVALHO *et al.*, 2019).

Apesar de o ensino ser generalista, o aprofundamento na saúde da criança ocorre durante um semestre específico, com aulas práticas e teóricas. Os conteúdos são planejados de forma que o estudante tenha contato com a criança na APS, no setor de internação hospitalar e na emergência, a fim de proporcionar um olhar ampliado sobre a criança. Ainda, a disciplina da saúde da criança é ministrada em conjunto com a saúde da mulher e do neonato, proporcionando ao aluno a vivência do cuidado ao binômio mãe e filho no contexto familiar e comunitário.

O foco do ensino da saúde infantil está voltado a criar condições para o atendimento integrado, priorizando os grupos que se encontram em situações de risco e vulnerabilidade, a partir da qualidade da atenção dispensada, redução da mortalidade infantil, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de crianças e adolescentes por meio de políticas de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a realização de atividades práticas representa um momento de importante aprendizado para os graduandos de enfermagem, visto que favorece aos estudantes a possibilidade de se deparar com situações reais presentes no cotidiano assistencial do enfermeiro. Para isso, a assistência à criança deve ser embasada em mecanismos articulados que gerem ações que assegurem o direito à saúde a esta clientela. Ainda, é essencial o reconhecimento da maior vulnerabilidade e fragilidade que cerca esta população, quando comparada às demais áreas de cuidado (MESSIAS *et al.*, 2019).

Em relação à carga horária do conteúdo de saúde da criança na graduação de enfermagem, alguns docentes a consideram insuficiente, pois é voltado para o público adulto. Considerando esse aspecto, Carvalho *et al.* (2019) sinaliza que o curso de graduação em enfermagem nem sempre é capaz de preparar seus estudantes para as demandas de trabalho requeridas de um enfermeiro na atualidade. E preocupa-se que esses profissionais recém-

formados possam apresentar habilidades práticas fracas, constituindo-se um certo grau de comprometimento para a segurança dos pacientes (CARVALHO *et al.*, 2019).

Em estudo realizado com discentes de enfermagem de uma universidade do Rio de Janeiro, ficou evidente que a abordagem metodológica voltada para a saúde da criança merece ser aperfeiçoada no sentido de que o estabelecimento de estratégias de ensino-aprendizagem direcione o aluno o mais próximo possível da realidade profissional (MESSIAS *et al.*, 2019).

Visando proporcionar o máximo de experiências aos alunos, a preocupação em aproximar a saúde com a escola é uma questão levantada pelos docentes do estudo. Buscam proporcionar ao aluno discussões teórico-práticas da criança no seu contexto escolar por meio da realização de atividades de educação em saúde e participação em reuniões de equipe de saúde.

Em um estudo de revisão de literatura, a educação em saúde vem sendo apontada como uma das melhores estratégias para alcance de indicadores positivos, no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção de doenças em escolas (JACOB *et al.*, 2019). Outro estudo realizado com graduandos de enfermagem de Teresópolis observou que a prática da educação em saúde deve permanecer no currículo do curso de graduação em enfermagem, desde o primeiro período, fortalecendo a formação baseada nos princípios da integração entre a teoria e a prática, para que o acadêmico possa ir construindo seu conhecimento articulado nas experiências que for vivenciando, correlacionando-o à teoria (FERNANDES *et al.*, 2019).

Em relação ao ensino da vulnerabilidade, esta é abordada durante o curso de graduação de forma transversal. As docentes acreditam que o ensino deve estar além da questão da saúde como ausência da doença, mas também focado nas questões sociais e de vulnerabilidade em todos os ciclos de vida. Nesse sentido, Messias *et al.* (2019) discorre que para que as ações de enfermagem sejam efetivas frente à assistência prestada à população infantil, é necessário que o enfermeiro priorize compreender a criança em seu contexto biopsicossocial (MESSIAS *et al.*, 2019).

No curso de graduação estudado, a vulnerabilidade infantil é abordada na disciplina de saúde da criança quando se fala do histórico de saúde, no conceito de infância e a criança como ser vulnerável no contexto do crescimento e desenvolvimento saudável. Silveira *et al.* (2019) corrobora com os achados visto que considera que assistência de enfermagem ao público infantil vai além da observação e avaliação física. Quaisquer situações sociais ou ambientais que a criança estiver exposta terão reflexo na evolução do crescimento e desenvolvimento (SILVEIRA *et al.*, 2019)

Dessa forma, torna-se valiosa a inserção do acadêmico de enfermagem junto ao cuidado à criança, pois oportuniza ao estudante o conhecimento acerca da identificação de problemas de saúde e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fortificando sua vivência profissional (MESSIAS *et al.*, 2019).

A vivência profissional durante as aulas práticas foi apontada nesse estudo como promotora de espaços de discussões em torno da vulnerabilidade, que busca integrar o aluno com as outras profissões e discutir os aspectos sociais, econômicos, físicos e psicológicos que envolvem a criança. O mesmo observou-se em estudo realizado com estudantes de enfermagem da Universidade de Santa Maria, que constatou ser essencial criar um espaço para refletir, dialogar, aprender e vivenciar a assistência de enfermagem na atenção à saúde de crianças e suas famílias (SILVEIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, as atuais demandas dos serviços de saúde, juntamente com a necessidade de conhecer o paciente, sugerem que os objetivos da formação do enfermeiro precisam enfatizar o desenvolvimento do pensamento crítico e das habilidades para resolução de problemas (CARVALHO *et al.*, 2019). Para isso, a incorporação do acadêmico em ações de cunho teórico-prático favorece uma configuração de assistência mais próxima da perspectiva estabelecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS (MESSIAS *et al.*, 2019).

O saber técnico-científico profissional produz um recorte objetivo que, junto com o saber prático tornam possível fazer a intervenção mais adequada para os sujeitos envolvidos. A intervenção é fundamental para reduzir vulnerabilidades, para, de fato, criar os serviços, nas diversas áreas de atenção em saúde, que devem, cada vez mais, não se limitar ao próprio local, mas também atingir outros espaços de sociabilidade, como escolas, associações de bairro, locais onde de alguma forma se discuta a natureza social (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Em relação ao conhecimento teórico-prático dos alunos de enfermagem, os docentes evidenciam a importância de sensibilizar o estudante para que este tenha um pensamento crítico voltado para os aspectos da vulnerabilidade e que o permita estar identificando essas situações no seu processo trabalho e implementando ações de redução dessas vulnerabilidades.

O pensamento crítico é constituído por habilidades que se referem à avaliação, análise, inferência, indução e dedução. Assim, estimular a capacidade de raciocínio clínico e o pensamento crítico são fundamentais para a formação do enfermeiro, uma vez que suas habilidades contribuem para a capacidade de interpretar e analisar problemas clínicos, avaliar

as provas e fazer inferências, tirar conclusões e em seguida implementar intervenções eficazes (CARVALHO *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a transformação das práticas em saúde é necessária não apenas do plano individual, mas como sujeitos sociais para a redução das vulnerabilidades. Intervenção estrutural, organização comunitária, construção da cidadania, ativismo político, ação jurídica, defesa dos Direitos Humanos é parte indissociável das ações de prevenção e cuidado (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Para tanto, é preciso inserir no centro das práticas preventivas o profissional de saúde, com seu saber e recursos especializados. O profissional tem a tarefa de concepção, desenvolvimento e monitoramento das estratégias. Deve ser um mediador entre os sujeitos e o conjunto de recursos de que deve dispor para construir sua saúde (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Logo, os enfermeiros, para adquirir novos conhecimentos e executar processos de julgamento para assistência à saúde de qualidade e segura, fazem uso de habilidades cognitivas, a serem desenvolvidas desde sua formação inicial. Os estudantes de enfermagem buscam aprender a pensar como enfermeiros e cabe as instituições de ensino estimular os pensadores críticos a realizarem a autoavaliação em relação às suas necessidades (CARVALHO *et al.*, 2019).

Dessa forma, a construção do conhecimento na saúde da criança é essencial para o fortalecimento das práticas de enfermagem. As mudanças sociais geradas pela globalização, expansão da educação superior e desenvolvimento tecnológico demandam estratégias inovadoras das universidades, que possibilitem aos estudantes, vivências acadêmicas para além das temáticas propostas nas disciplinas curriculares (SILVEIRA *et al.*, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo de caso único, integrado e explicativo evidenciou como é abordada a vulnerabilidade infantil na formação do enfermeiro na perspectiva e impressões de docentes em enfermagem com expertise em saúde da criança e atenção primária à saúde. Os docentes apresentaram relatos semelhantes e fragilidades como carga horária insuficiente para saúde da criança, ensino voltado para o público adulto e disciplinas fragmentadas foram sinalizadas.

Os resultados ressaltam que a saúde da criança é abordada de forma aprofundada durante um semestre específico, por meio de aulas teóricas e práticas, no contexto hospitalar e

de atenção primária à saúde, considerando a criança inserida no âmbito familiar e comunitário.

O ensino da vulnerabilidade na formação do enfermeiro se dá de forma transversal durante o curso de graduação, ao compreender o ciclo de vida humano no processo saúde-doença. Em relação a vulnerabilidade infantil, esta é abordada no conceito de infância, na criança como ser vulnerável e no contexto do crescimento e desenvolvimento saudável.

A análise por meio do referencial teórico evidenciou a importância do ensino da vulnerabilidade infantil na formação do enfermeiro para o desenvolvimento do pensamento crítico e o olhar sensibilizado para identificação e manejo dessas vulnerabilidades durante o seu processo de trabalho.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam com docentes, discentes e profissionais de saúde, de modo a fomentar discussões sobre a vulnerabilidade infantil nos cursos de graduação em enfermagem neste e outros municípios, com vistas a aprimorar o cuidado à criança e reduzir as situações de vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.P. **Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment.** 2018. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

AIRES, L.C.P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru.** 2015. 183p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

AYRES, J.R.C.M.; CASTELLANOS, M.E.P.; BAPTISTA, T.W.F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e sociedade**, v. 27, n.1, 2018.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 121-43.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Health Care. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012.

BISPO, T.C.F; CARDOSO, A.C.C. Vulnerabilidade e saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 182-3, 2016.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis**. 2017. 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8.069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8.069.htm). Acesso em: 20 jun 2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8.080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8.080.htm). Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

CARVALHO, D.P.S.R.P. *et al.* Mensuração do pensamento crítico geral em estudantes de cursos de graduação em enfermagem: estudo experimental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2019.

FERNANDES, J.R.F. *et al.* Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador em saúde no cenário de IETC. **Revista da JOPIC**, v. 2, n. 4, 2019.

FERRAZ, S.C.S. **Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura**: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens. 2019. 154p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

FREU, C.M. **Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria**: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico. 2019. 95p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

JACOB, L.M.S. *et al.* Ações educativas para promoção da saúde na escola: revisão integrativa. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 419-26, 2019.

JORDÃO, M.M. **Estratégias para a redução dos ruídos na unidade neonatal**: uma construção coletiva da enfermagem. 2016. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

KLOCK, P. **Gerência do cuidado de enfermagem**: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. 2014. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

LUZ, J.P. **Educar - brincar - cuidar**: uma proposta problematizadora de ensino no brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem. 2015. 293p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MESSIAS, M.C.M.C. *et al.* O acadêmico de enfermagem e o cuidado em pediatria: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem. **Saúde coletiva**, v. 9, n. 49, 2019.

ROCHA, P.F.A. **Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral**. 2013. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

RUOFF, A.B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal**: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos. 2016. 186p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, R.C.M. **Sistematização da assistência de enfermagem**: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico. 2016. 126p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTOS, S.V. **Neonatal skin safe®**: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados. 2019. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

SCAPIN, S.C. **Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras**: estudo clínico controlado não randomizado. 2018. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa

Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SILVA, D.I. *et al.* Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, p. 1397-402, 2013.

SILVA, M.F. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas.** 2017. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SILVEIRA, A. *et al.* Núcleo de estudo e pesquisa criança, adolescente e família: vivências na graduação de enfermagem. **Revista Varia Scientia**, v. 5, n. 2, 2019.

SONCINI, M.F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa:** implicações para a segurança do paciente pediátrico. 2015. 181p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

SOUZA, J.M. **Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica.** 2017. 309p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SOUZA, S. **Piccped®:** construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica. 2018. 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

TELES, M.G. *et al.* Simulação clínica no ensino de Enfermagem pediátrica: percepção de estudantes. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, 2020.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem.** Florianópolis, 2018. 127p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Projeto-Pedag%C3%B3gico-do-Curso-Enfermagem-UFSC-2018.pdf>. Acesso em: 23 jul 2018.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano de Ensino da Disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano 4 – Mulher, Neonato, Criança e Adolescente”.** Florianópolis, 2019. 32p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2019/02/6f-INT5206-2019.1-O-Cuidado-no-Processo-de-Viver-Humano-4-Mulher-Neonato-Crian%C3%A7a-Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 jun 2019.

VIEIRA, K.B.T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal**: uma construção coletiva. 2014. 133p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

VIEIRA, S.L. *et al.* Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. supl. 1, 2020.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

#### 6.4 MANUSCRITO 3: CONTEXTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS: uma análise dos Determinantes Sociais da Saúde

##### RESUMO

**Objetivo:** conhecer, na perspectiva da atenção primária à saúde de Florianópolis, o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem. **Método:** Trata-se de um estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta. A análise dos dados ocorreu por meio da proposição teórica e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. **Resultados:** Os resultados evidenciam que as crianças estão inseridas em famílias populosas, desestruturadas, de baixa renda e sem escolaridade; residem em comunidades violentas, com moradias em alto de morros, sem saneamento básico; sendo o uso excessivo de tecnologia o principal comportamento de risco infantil. **Conclusão:** os determinantes sociais da saúde presentes no contexto de vida das crianças em Florianópolis relacionam-se a aspectos comportamentais, sociais e econômicos.

**Palavras-chave:** Determinantes Sociais da Saúde. Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde. Estudo de Caso. Enfermagem.

##### INTRODUÇÃO

Iniciativas globais têm incentivado práticas de estímulo ao desenvolvimento na primeira infância, a partir de estruturas multissetoriais, que incluem ações de saúde, nutrição,

acesso a serviços, ambiente seguro e afetivo, defesa de direitos, proteção e oportunidades de aprendizagem. A intervenção oportuna e precoce pode mudar o curso de vida das crianças, particularmente as menos favorecidas, com impacto positivo no desenvolvimento desde a primeira infância (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018).

Para tanto, é necessário conhecer as condições de vida em que a criança cresce e se desenvolve e isso acarreta em analisar não só aspectos socioeconômicos, mas também as iniquidades sociais, aspectos biológicos, e de acesso aos serviços de saúde e de educação (CARNEIRO *et al.*, 2016). Incluem-se, ainda, as experiências da criança em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego, condições de habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (ONU, 2011).

Nesse sentido, para se realizar uma análise aprofundada das condições de vida infantil é importante considerar os determinantes sociais da saúde (DSS). Entende-se por DSS os fatores socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de riscos e agravos à saúde (ROCHA; DAVID, 2015; RIBEIRO *et al.*, 2019). Estes DSS estão dispostos em diferentes camadas. Na camada mais próxima encontram-se os determinantes individuais e a camada distal, situam-se os macros determinantes (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015).

No primeiro nível estão os indivíduos com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos, considerando seu comportamento e os estilos de vida individuais (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015). Este nível é fortemente influenciado pelos DSS, uma vez que é difícil mudar comportamentos de risco sem alterar as normas culturais que os influenciam (ROCHA; DAVID, 2015).

O segundo nível corresponde às comunidades, com a finalidade de fortalecimento da organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas, para se constituírem em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (ROCHA; DAVID, 2015).

O terceiro nível refere-se aos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Neste nível, a população à margem da sociedade está submetida a riscos oriundos de condições habitacionais humildes, de exposição a condições de trabalho perigosas e estressantes, além de menor acesso aos serviços essenciais (ROCHA; DAVID, 2015).

O quarto e último nível inclui as condições econômicas, culturais e ambientais presentes na sociedade como um todo e que possuem grande influência sobre os níveis anteriores (CDSS, 2010; CEBALLOS, 2015; ROCHA; DAVID, 2015).

Estudos demonstram o quanto questões sociais podem influenciar no processo de saúde/doença de uma população (ESKENAZI *et al.*, 2018; KELISHADI *et al.*, 2018). Dessa forma, as condições de vida precárias tornam as crianças mais suscetíveis a vulnerabilidade no crescimento e desenvolvimento como menor altura em idade adulta, desempenho escolar insatisfatório, maior morbidade e mortalidade, redução da produtividade na idade adulta e risco de desenvolvimento de doenças crônicas (PEREIRA *et al.*, 2017).

Considerando o exposto, admite-se a proposição teórica de que por meio dos DSS, é possível analisar o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem e identificar as situações de vulnerabilidade que as deixam suscetíveis a doenças e agravos à saúde. Esta proposição teórica subsidiou a formulação da questão de pesquisa que norteou este estudo: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina? Assim, este estudo teve como objetivo conhecer, na perspectiva da atenção primária à saúde de Florianópolis, o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso, do tipo único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. Este método é útil quando há a necessidade de compreender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto (YIN, 2015).

O estudo de caso único é adequado quando a teoria apresenta um conjunto claro de proposições e as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. Para uma análise mais abrangente, as subunidades de análise acrescentam oportunidades mais significativas, favorecendo os *insights* ao caso único (YIN, 2015).

Neste estudo de caso, o contexto será o município de Florianópolis, o caso a vulnerabilidade infantil e a unidade integrada de análise compõem-se de impressões e perspectivas de gestores em saúde e docentes de enfermagem.

A unidade integrada de análise formada por gestores em saúde buscou compreender a vulnerabilidade infantil na perspectiva do gestor central da Atenção à Saúde, dos gestores dos quatro distritos sanitários de saúde e dos gestores locais que atuam diretamente com o público infantil nos centros de saúde do município de Florianópolis.

A unidade integrada de análise formada por docentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) procura compreender o

ensino da vulnerabilidade infantil na perspectiva dos professores enfermeiros que atuam na graduação e pós-graduação na área da saúde da criança e na atenção primária à saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta.

Foram incluídos dois tipos de documentos de relevância para a compreensão do fenômeno: documentos de amparo legal e teses/dissertações. Os documentos de amparo legal foram elegidos intencionalmente e incluem: DOC 1 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2015); DOC 2 - Lei 8.069: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a); DOC 3 - Lei 8.080: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. (BRASIL, 1990b); DOC 4 - Portaria 2436: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b); DOC 5 - Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC (UFSC, 2018); e DOC 6 - Plano de Ensino da Disciplina o cuidado no processo de viver humano IV –saúde da mulher, do neonato, da criança e do adolescente (UFSC, 2019b).

As teses e dissertações foram selecionadas pelo Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Utilizou-se a chave de busca “vulnerabilidade infantil *and* saúde da criança”, sem limite de ano, de teses e dissertações publicadas pela UFSC. A busca foi realizada em 29 de setembro de 2020 e gerou um total de 418 documentos, dos quais após leitura de título e resumo, foram incluídos 18 estudos que atenderam o escopo da pesquisa. Os estudos foram nomeados de acordo com tipo (teses e dissertações) seguido pelo número de ordem de leitura (Ex: D01, D02; T01, T02...).

Os registros em arquivos foram utilizados para conhecer o contexto da saúde infantil de crianças de 0 a 9 anos de idade, residentes no município de Florianópolis. Os registros incluídos no estudo foram os disponíveis nos últimos anos, coletados do *site* IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>) (RA1) e da Prefeitura Municipal de Florianópolis ([www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude)) (RA2).

Para a entrevista curta foram entrevistados um gestor do nível central e quatro gestores do nível distrital (GC). Os gestores distritais indicaram entre três ou quatro centros de saúde com área de maior vulnerabilidade infantil. Assim, foram entrevistados 13 gestores locais (GL). Ainda, foram entrevistados 12 docentes de enfermagem da UFSC, dentre eles cinco

atuantes da área da saúde da criança (DSC1 a DSC5) e oito na atenção primária à saúde (DAPS1 a DAPS8). Dessa forma, participaram da pesquisa 30 sujeitos.

Para a elegibilidade dos gestores, adotou-se como critérios de inclusão estar atuando na atenção primária à saúde e/ou saúde da criança em cargos de coordenação ou assistência. Para a elegibilidade dos docentes em enfermagem, adotou-se como critérios de inclusão ser professor efetivo do curso de graduação de enfermagem na UFSC e ter como área de estudo a atenção primária à saúde e/ou saúde da criança. Os critérios de exclusão se aplicam quando os docentes estiverem de férias, licença no período da coleta de dados ou recusa de participar da pesquisa. A partir destes critérios, dois docentes e três gestores recusaram participar da entrevista.

As entrevistas foram realizadas com questões predeterminadas, dirigidas aos participantes. Três roteiros foram elaborados, um para gestores centrais, outro para gestores locais e um para os docentes. O roteiro foi composto por duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos e a segunda com perguntas que permitiram responder a seguinte questão norteadora: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina?

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a setembro de 2020. Para otimizar a realização da entrevista, utilizou-se um aparelho de gravação de áudio com a finalidade de resgatar o máximo de dados obtidos através da fala dos participantes. As entrevistas foram marcadas com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo profissional. Após o mês de março de 2020, em meio ao auge da pandemia do coronavírus, não foi possível realizar a entrevista presencialmente. Sendo assim, essas ocorreram via chamada telefônica e gravadas simultaneamente. Nesses casos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado por e-mail. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra.

A análise dos dados se deu pela técnica qualitativa por meio da utilização do *software* MaxQDA®plus. Na primeira etapa, as fontes de evidência foram importadas para o *software* e agrupadas em pastas de entrevistas, documentos e registros em arquivos. Na segunda etapa foram criados 942 códigos que foram agrupados em 12 conjuntos de códigos, sendo eles: ensino da vulnerabilidade, formação em saúde da criança, fragilidade no ensino, como se dá o atendimento à criança, importância da análise da vulnerabilidade, como identificar as vulnerabilidades, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade social, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade institucional, conceito de vulnerabilidade e vulnerabilidade individual, social e institucional, áreas de vulnerabilidade e legislação.

As estratégias analíticas utilizadas foram as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. Essas estratégias permitiram aplicar uma estrutura teórica para a organização do estudo de caso e identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (YIN, 2015). Assim, utilizou-se como o referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009), adaptado para o público infantil, para a análise e discussão do caso.

Este estudo foi submetido para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer número 3.369.067, CAE 14366019.6.0000.0121, por meio da Plataforma Brasil, seguindo as recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde

## RESULTADOS

Este estudo de caso do tipo único é composto por duas UIA, são elas: os docentes em enfermagem da UFSC e os gestores que atuam na rede de atenção primária à saúde de Florianópolis. Na busca de teses e dissertações foram incluídos 18 estudos, sendo 11 dissertações e sete teses, apresentadas conforme o Quadro 9.

Quadro 9 - Banco de teses e dissertações.

| Nomenclatura        | Ano  | Título  |
|---------------------|------|---|
| <b>DISSERTAÇÕES</b> |      |   |
| D01                 | 2013 | Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral  |
| D02                 | 2014 | Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma construção coletiva   |
| D03                 | 2015 | Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê Pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru |
| D04                 | 2015 | Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico                          |
| D05                 | 2016 | COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos  |
| D06                 | 2016 | Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico  |
| D07                 | 2016 | Estratégias para a Redução dos Ruídos na Unidade Neonatal: uma construção coletiva da enfermagem  |
| D08                 | 2017 | Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado                       |
| D09                 | 2017 | Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do   |

|              |      |   |
|--------------|------|---|
|              |      | paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica   |
| D10          | 2019 | Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico.     |
| D11          | 2019 | Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens              |
| <b>TESES</b> |      |   |
| T01          | 2014 | Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal                                |
| T02          | 2015 | Educar – brincar – cuidar: uma proposta problematizadora de ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem |
| T03          | 2017 | Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica             |
| T04          | 2017 | Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis   |
| T05          | 2017 | Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas   |
| T06          | 2018 | Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment  |
| T07          | 2019 | Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados           |

Fonte: acervo da autora (2021).

Ainda, foram incluídos seis documentos de amparo legal, apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Banco de documentos de amparo legal.

| <b>Nomenclatura</b> | <b>Documento/ Ano</b>  | <b>Descrição</b>   |
|---------------------|------------------------|--|
| DOC 1               | Portaria nº 1.130/2015 | Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| DOC 2               | Lei nº 8.069/1990      | Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.  |
| DOC 3               | Lei nº 8.080/1990      | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. |
| DOC 4               | Portaria nº 2.436/2017 | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no                                       |

|       |                       |   |
|-------|-----------------------|---|
|       |                       | âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).   |
| DOC 5 | Plano pedagógico/2018 | Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).                              |
| DOC 6 | Plano de ensino/2019  | Plano de Ensino da Disciplina o cuidado no processo de viver humano IV –saúde da mulher, do neonato, da criança e do adolescente. |

Fonte: acervo da autora (2021).

Em relação aos participantes da entrevista, entre os gestores, estão cinco de nível central e 13 de nível local. Nove são do sexo feminino e nove do sexo masculino, com idade variando de 31 a 54 anos. Possuem profissões distintas, dentre eles, oito são enfermeiros, três dentistas, um médico, um farmacêutico, um advogado, um assistente social, um educador físico, um auxiliar de saúde bucal e um contador. O tempo de atuação varia de um a 168 meses.

Dos docentes de enfermagem, cinco atuam na área da saúde da criança e oito na área da atenção primária à saúde. São predominantemente do sexo feminino, enfermeiras, com idade variando de 37 a 65 anos. O tempo de docência varia de 60 a 336 meses.

Com base nos dados coletados por meio de entrevistas, documentos e relatórios foi possível conhecer o contexto que as crianças de Florianópolis crescem e se desenvolvem.

No que diz respeito ao comportamento e ao estilo de vida individuais das crianças e das famílias, os entrevistados sinalizam que atualmente o uso da tecnologia traz repercussões para a saúde física e psicológica das crianças.

Uma docente menciona que o brincar foi substituído por novas tecnologias, fazendo com que as crianças fiquem isoladas em seus quartos, sozinhas, utilizando computadores, celulares e videogames por horas. O único momento de socialização é na escola, tendo em vista que hoje, até as famílias são reduzidas.

*O único ambiente de socialização que ela tem física é na escola, e as famílias são menores então nem na família ela tem mais essa socialização (DAPS5).*

As brincadeiras lúdicas, o brincar na rua, as relações sociais estão ficando ultrapassadas, prejudicando a criação de vínculo com os amigos e a família. E o uso excessivo dessas tecnologias favorece o surgimento da obesidade pela inatividade física das crianças.

*[...] as relações presenciais deixaram de ser a prioridade, então hoje em dia, as crianças ficam muito tempo em computador, muito tempo trancadas (GL11).*

*Antes a criança ela brincava na rua, ela brincava na frente de casa, ela criava brinquedos, ela brincava muito mais no seu entorno, e hoje ela tem uma tendência a ficar mais isolada (DAPS5).*

*[...] a obesidade por uma inatividade física também, que joga muito vídeo game (DSC3).*

O brincar é considerado tão relevante para o desenvolvimento infantil, que metodologias como o brinquedo terapêutico são utilizadas para as crianças nos diferentes contextos de atenção à saúde e discutidas nos cursos de graduação enfermagem de acordo com os resultados de uma dissertação. Este estudo considera que o brinquedo terapêutico é capaz de uma ação transformadora sobre a realidade da criança (T02).

Outra questão levantada foi a exposição das crianças em variadas redes sociais, em busca de visibilidade, que aumentou consideravelmente nos últimos anos. As redes sociais impõem que a criança, para ser aceita na sociedade, precisa ter uma vida boa e ser feliz e que, para isso, ela precise de certos bens materiais. A sociedade digital dita o modo como deve se vestir e se comportar e quando a criança não atinge isso, ela se sente excluída.

*[...] essa coisa da criança achar que precisa ter acesso a todas as redes sociais pra estar naquela questão da visibilidade que todos querem, “ela tem que ser feliz, ela tem que andar naquele lugar, ela tem que ter aquela roupa, ela tem que ter aquele material” (DAPS5).*

Os docentes preocupam-se com a saúde mental das crianças, tendo em vista a carga emocional que carregam e que gera problemas físicos e psicológicos. A criança dos dias atuais tem uma vida individualizada, vive no seu próprio mundo e não sabe se socializar com as outras crianças. A estrutura emocional das crianças está frágil, o que lhe deixa exposta ao bullying, depressão, suicídio e outros transtornos mentais.

*Essa carga emocional gera uma série de problemas também psicológicos, emocionais e o índice de depressão na infância aumentou muito nos últimos anos. Então isso vai acumulando, vai levando a criança ter recorrentes problemas de saúde, entra num círculo (DAPS5).*

*Elas ficam muito tempo na internet, muito tempo em jogos acho que aí existe uma outra vulnerabilidade que também acaba transparecendo*

*nas demandas de saúde infantil, porque o tanto de criança e adolescente que tentam suicídio é uma coisa absurda (DAPS1).*

Sobre este tema, não foram encontradas teses e dissertações que avaliassem o prejuízo que o uso da tecnologia pode trazer para as crianças.

No que diz respeito às condições de vida e trabalho das famílias, evidenciou-se: famílias de baixa renda, com condições habitacionais humildes em áreas de violência, sem saneamento básico, e famílias populosas e desestruturadas.

No ano de 2018, o salário médio mensal era de 4,8 salários mínimos por pessoa. A proporção de pessoas empregadas em relação à população total era de 63,9%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 24,6% da população nessas condições (RA1).

A condição econômica da família impacta diretamente na vida das crianças. São essenciais para prover uma alimentação saudável e garantir o pleno crescimento e desenvolvimento infantil.

*“Tem muitas famílias com problemas financeiros que vão repercutir na saúde da criança” (GL6)*

*O fator econômico realmente pesa muito no desenvolvimento da criança (GL12).*

*Crianças de baixa renda tem maior risco (GC5).*

*Muitos precisam de apoio do CRAS que utilizam bolsa família, enfim, porque tem dificuldades econômicas (GL9).*

*Tem situações muito difíceis, com famílias muito pobres, com muita dificuldade, que o bolsa família por exemplo não dá conta disso e não tem outras formas de renda, ai você tem iniciativas pequenas de cestas básicas, uma coisa que não acaba suprindo (GL6).*

Florianópolis, em 2010, apresentava 87,8% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 32% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 54,4% de domicílios urbanos em vias públicas com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (RA1).

O ambiente onde a criança está inserida é imprescindível para o seu crescimento e desenvolvimento saudável. Muitas crianças vivem em comunidades carentes, com moradias em alto de morros insalubres, casas populosas, sem saneamento básico, higiene precária, falta de água potável, etc.

*O contexto que a criança vive, olhando o contexto social, condição que essa criança vive, como é que é a residência, o entorno da residência, a questão de saneamento básico, higiene (DSC2).*

*Moram em casas pequenas super populosas com questão de higiene de esgoto bem precárias (GL9).*

*Tem certas crianças que tem uma série de problemas devido a morar lá no morro, que não consegue descer, chuva enfim [...] não tem condição de higiene adequada, escabiose, baixo peso (GL4).*

O cuidado à saúde infantil deve considerar os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, buscando medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (DOC1).

Ainda, os entrevistados relatam que a maioria das famílias são desestruturadas e com um número elevado de filhos.

*Tem famílias grandes com muitos filhos e aí acaba dificultando (GL5).*

*Muitas famílias desestruturadas, famílias que já vem de desestrutura familiar, então tu encontras crianças na rua, crianças fora da escola.*

*Tem família aqui que o cuidador tem problemas psiquiátricos e não tem mais ninguém que assuma essas crianças. As crianças ficam meio que no cuidado por um vizinho (GL2).*

*É muito comum se a mulher tem quatro ou cinco filhos, o mais velho é de um pai, o quarto e o terceiro é de outro, e às vezes o segundo já é de outro, e o último é do parceiro que ela está agora, isso gera muitos problemas (GL3).*

Os entrevistados evidenciam que residir em áreas de tráfico, em comunidades violentas, com armamento e drogadição, limita o acesso da criança aos serviços. A fim de preservar sua integridade física, os pais a impedem de sair de casa, impedindo que vá aos centros de saúde e à escola.

*Eram famílias que moravam bem no centro de uma comunidade de área de risco, de área de maior vulnerabilidade social e aí a gente fez visita domiciliar com agente comunitário, e com assistente social e percebemos que na verdade as crianças ficavam muito presas dentro de casa pelo risco do tráfico, da violência (DSC3).*

*O acesso às vezes a algumas comunidades também é ruim porque as famílias nessas situações de violência não nos permitem acessar (GC2).*

Além de residirem em áreas de risco, as crianças vivenciam a violência e a drogadição dentro das próprias casas.

*É criada em um ambiente que as pessoas fumam, bebem, usam drogas, então isso tudo eu acredito que influencia no desenvolvimento dela, na maneira de pensar (GL1).*

*Vários pais trabalham no tráfico de drogas e acaba expondo as crianças a esse convívio (GL7).*

*Vivem com a violência, drogas, estupros, os pais que abandonam os filhos (GL4).*

*Já começa dentro da própria casa, eles veem o pai e mãe usando drogas ou bebendo, coisas que não deveriam ser vistas como cotidianas e normais muitas vezes aqui se tornam o cotidiano dessas crianças (GL2).*

*Chega lá com criança com dois fêmures quebrados, o que que é? Ou a criança tem uma doença óssea ou ela apanhou. Uma criança que a primeira vez chegou com uma costela quebrada, a segunda vez chegou com TCE, a terceira vez chegou com o braço quebrado, alguma coisa está acontecendo (DSC1).*

A criança tem direito ao respeito. Este consiste na inviolabilidade da sua integridade física, psíquica e moral. É dever de todos velar pela sua dignidade, colocando-a a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. Ainda, deve ser educada e cuidada sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, família ampliada e/ou pelos responsáveis (DOC2).

A família é essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável da criança. No entanto, os entrevistados sinalizam que as famílias não são participativas e muitos pais não são ativos no cuidado com os seus filhos, não se preocupam em levá-los às consultas de rotina.

*À medida que a criança vai ultrapassando os três, quatro, cinco e subindo até a adolescência os serviços recebem muito menos crianças, as famílias parecem que procuram menos as instituições de saúde, só*

*em eventos agudos. Mas não do ponto de vista da promoção, do ponto de vista as vezes da prevenção (DSC4).*

*O que eu observo é essa questão de a mãe não conseguir manter um atendimento principalmente dessas consultas de rotina que as vezes a gente agenda não vem, faz busca ativa não vem, as vezes acha que “ah sou vou lá para pesar e medir” não acha tanta importância (GL5).*

*Mas também eu vejo uma acomodação da população muito grande porque eles participam muito pouco dos espaços que eles têm para esclarecimento e orientação para estar evoluindo nesses problemas (GL2).*

Em relação a educação, os gestores locais evidenciam dificuldades vivenciadas pelas famílias, como a falta de vaga na creche, que acaba impedindo que os pais trabalhem para ficarem cuidando das crianças prejudicando a renda familiar. Ainda, nas escolas, o elevado número de alunos por turno, devido ao número reduzidos de escolas, interfere no ensino das crianças.

*O que elas me reclamam bastante é que elas precisam trabalhar e não tem vaga na creche, isso influencia bastante. [...] o contraturno que as vezes elas conseguem, só vaga meio período na creche, mas daí elas não conseguem trabalhar porque tem que ficar com a criança (GL5).*

*[...] tem algumas que relatam não conseguir vaga na creche, mesmo tendo saído essa creche grande aqui (GL2).*

*Acho que são problemas reais mesmo, uma de limitação de escolas, que tu tens escolas muito cheias, salas de aula muito grandes, tem que conter a criança naquele espaço (GL6).*

Ainda, o passado educacional dos cuidadores impacta diretamente na educação das crianças. Crianças com dificuldade de aprendizagem geralmente são filhos de pais analfabetos que, por falta de compreensão, não estimulam o estudo, nem mesmo que frequentem a escola.

*[...] os pais não eram alfabetizados, os pais não tinham acesso à cultura, ao estímulo a livros, então essa criança ela não tinha um estímulo dos pais pra se desenvolver para aprender. A falta de estímulo pode impactar tanto na vida dessa criança, de ela não ser quem ela poderia ser (DSC3).*

*O que eu observo nessas famílias é que a maioria não tem formação, não teve estudo, algumas não sabem ler nem escrever. Muitas crianças*

*acabam parando de estudar, ou acabam reprovando porque os pais não ajudam com relação a isso, não ajudam a frequentar a escola, não cobram isso das crianças (GL9).*

*Os pais não têm estudo, não tem conhecimento (GL4).*

*O pai não se atenta na escola, não se atenta nos eventos, em estudar para prova, ajudar o filho em casa, não tem assim acompanhamento da escola (GL3).*

*A gente já teve situações de pais que não sabiam se quer estimular essa criança e não tinham tempo, então a gente tem que trabalhar com os pais essa questão do estímulo de aprendizagem (GL6).*

A comunidade também influencia, percebe-se que as crianças que vivem próximas na mesma comunidade, amigos e irmãos, todas possuem baixo rendimento escolar.

*[...] a gente via que a criança tinha uma determinada dificuldade de aprendizagem e que não era só ela, eram os irmãos era algumas crianças que moravam ali no entorno também (DSC3).*

No ano de 2010, em Florianópolis, a taxa de analfabetismo foi de 1,9%, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade 98,4%, a escolaridade na população de 15 anos ou mais sem instrução/1º ciclo fundamental incompleto de 8,09%, 1º ciclo fundamental completo/2º ciclo incompleto 7,97%, 2º ciclo fundamental completo ou mais 78,45% (RA1).

No que diz respeito às questões culturais, a dificuldade atual das equipes de saúde é o cuidado às crianças de famílias imigrantes. Os gestores locais apontam hábitos culturais e a linguagem como uma barreira a ser superada, pois limita a compreensão e a importância das orientações fornecidas e das ações a serem realizadas.

*[...] a população que é imigrante, então a questão da linguagem as vezes no atendimento da criança para os pais que não sabe falar português, enfim é uma dificuldade bem grande que a gente encontra (GL8).*

*Em relação a cultura tem os haitianos, essa dificuldade de se comunicar que as vezes eles não entendem que tem que vir nessas consultas de rotina as vezes dificulta, tem essa barreira ainda um pouco. Já começa lá do pré-natal que elas não vêm em todas as consultas porque acham que não tem necessidade porque está tudo bem (GL5).*

Os Comitês de prevenção de óbito infantil e fetal são organizações que monitoram e analisam a evitabilidade dos óbitos infantis. O Comitê do município de Florianópolis foi estudado em uma dissertação que evidenciou os diversos fatores que interferem na mortalidade, entre eles os biológicos, os socioeconômicos e familiares e os relacionados à resolutividade dos serviços de saúde (D05).

## **DISCUSSÃO**

O contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem em Florianópolis foi analisado com base em proposições teóricas que guiaram a atenção para a perspectiva de docentes de enfermagem que atuam nas áreas de saúde da criança e atenção primária à saúde e de gestores centrais e locais que atuam nos serviços de saúde, permitindo a identificação dos DSS presentes no município.

Os DSS podem ser entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (ROCHA; DAVID, 2015).

Neste estudo, o principal fator comportamental das crianças identificado foi a substituição do brincar por novas tecnologias, fazendo com que as crianças fiquem isoladas em seus quartos, utilizando computadores, celulares e videogames por longos períodos de tempo. As brincadeiras lúdicas, o brincar na rua, as relações sociais ficaram ultrapassadas, prejudicando a criação de vínculo com os amigos e a família.

A literatura apresenta que 75% das crianças de dois e três anos excedem o tempo de uso recomendado de tecnologias (BERNARD *et al.*, 2017). A dependência tecnológica gera transformações na maneira viver, na qual cada vez se torna menor o número de encontros marcados entre amigos, e o que substitui isso, são grupos no bate-papo e alguma rede social. O resultado disso é a perda do espaço lúdico, a criatividade é deixada de lado, afastando a criança do convívio social (SIQUEIRA; FREIRE, 2019).

Ainda, a exposição das crianças em redes sociais, em busca de visibilidade aumentou consideravelmente nos últimos anos. A sociedade digital dita o modo como deve se vestir e se comportar e quando a criança não atinge isso, ela se sente excluída. Nesse sentido, observou-se a preocupação com a saúde mental das crianças, tendo em vista a carga emocional que carregam e que gera problemas físicos e psicológicos. A estrutura emocional das crianças está frágil, o que lhe deixa exposta ao bullying, depressão, suicídio e outros transtornos mentais.

Em estudo realizado em Rondônia, 6% das crianças apresentaram dependência grave da tecnologia e manifestaram diversos problemas interpessoais. Nestes casos as crianças acabam se isolando por conta da facilidade de conexão, ficando mais restrito a vida social e inicia um processo de dificuldades das atividades do cotidiano, seja em casa ou na escola (SIQUEIRA; FREIRE, 2019).

Em uma revisão de literatura que buscou compreender o impacto das redes sociais na saúde mental, o uso excessivo da tecnologia provocou sinais e sintomas como taquicardia, alterações na respiração, tendinites e mudanças posturais, qualidade das relações familiares prejudicada, vulnerabilidade afetiva, distúrbios alimentares, sedentarismo, síndrome do toque fantasma, narcisismo, distúrbios de personalidade, mudanças na autoestima, distúrbios de concentração, transtornos de ansiedade, fobia e isolamento social, distúrbios do sono, *cyberbullying* e *selfie-cyberbullying*, e, por fim, depressão e suicídio (SOUZA; CUNHA, 2019).

Em relação aos fatores sociais e econômicos, evidenciou-se que as crianças atendidas pela atenção primária à saúde em Florianópolis possuem condição econômica insuficiente, vivem em moradias insalubres dentro de comunidades violentas. Esse contexto econômico e social as torna suscetíveis a doenças e agravos pela dificuldade de acesso aos serviços essenciais.

No Brasil, estudos associaram as condições socioeconômicas e ambientais (OLIVEIRA *et al.*, 2017; IMADA *et al.*, 2016), a idade materna (VASCONCELOS *et al.*, 2018) e a baixa escolaridade materna (VAZ; NASCIMENTO, 2017) com o surgimento da diarreia infantil. O mesmo pode ser observado em estudo na África, onde as condições precárias de esgoto ocasionaram maior ocorrência da diarreia aguda em menores de cinco anos (MUKABUTERA *et al.*, 2016).

Em Angola, uma pesquisa identificou a menor probabilidade de baixo peso em crianças cujas mães tinham idade entre 25-34 anos (FERANDES; CASTRO; SARTORELLI, 2017). Na Colômbia, o baixo peso em crianças menores de cinco anos estava presente quando o acesso aos serviços públicos, condições de moradia, educação e ocupação foram deficientes (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016).

Ainda, um estudo constatou o maior risco de mortalidade infantil associado a idade materna, a escolaridade dos pais, condições socioeconômicas e a autonomia da mãe para tomar decisões sobre questões ligadas à saúde de seu filho (HUDA *et al.*, 2016).

Destaca-se que as crianças do município deste estudo crescem em áreas de tráfico de drogas e estão expostas a violência física e psicológica que pode ocasionar sofrimento. Silva

*et al.* (2020) relata que o desenvolvimento do sofrimento mental em crianças não está relacionado somente a fatores biológicos. Fatores psicossociais como disfunções na vida familiar, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos, exposição a maus-tratos, e comunidades desorganizadas também ocasionam o sofrimento infantil.

Outro fator social sinalizado neste estudo está relacionado a educação. A ausência de vagas nas creches impede que os pais trabalhem, prejudicando a renda familiar. Ainda, o número reduzido de escolas, aumenta o número de alunos dentro das salas de aula, interferindo na qualidade do ensino das crianças.

Em pesquisa realizada no município de São Paulo, também se identificou o déficit de cobertura de vagas em creches e conclui-se que prevalece o desafio de ampliar a cobertura considerando a demora dos processos licitatórios para construção de novas unidades, a falta de terrenos em locais apropriados para expansão da rede, a elevação dos custos ao se optar pela ampliação a partir da rede própria (SUMIYA; CRAVEIRO, 2020).

A falta de acesso a vagas em creches no Brasil é um fenômeno de alta complexidade vivido em grande parte dos municípios brasileiros que afeta principalmente as crianças das famílias pobres. O embate entre quantidade e qualidade significa que continuamos a ver os direitos das crianças e das famílias desrespeitados, sobretudo os da população mais necessitada que continua na espera de políticas efetivamente comprometidas com a democratização da educação e com a redução das desigualdades sociais no Brasil (VIEIRA; ROSA, 2020).

O grau de instrução, a formação e o nível de compreensão da mãe e/ou dos cuidadores da criança foram apontados como fatores que influenciam nas questões relacionadas ao cuidado infantil. Evidenciou-se que crianças com dificuldade de aprendizagem geralmente são filhos de pais analfabetos que, por falta de compreensão, não estimulam o estudo, nem mesmo que frequentem a escola.

Em seu estudo, Dillenburg *et al.* (2017) aponta como vulnerabilidades a precariedade na educação e saneamento que pode influenciar no desenvolvimento infantil em nível físico, psicológico e social. Ainda, um estudo realizado no Rio Grande do Sul, associou a baixa escolaridade materna e a família de baixo nível socioeconômico com a maior incidência de acidentes domésticos (BARCELOS *et al.*, 2017). Além de estarem intimamente relacionados à própria fase da infância, os acidentes domésticos refletem a escassez de capacidade protetora da família e o desconhecimento dos inúmeros fatores de risco que permeiam o cotidiano da criança (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Os resultados deste estudo corroboram com um estudo ecológico brasileiro que mostrou que os DSS relativos à escolaridade, condições sanitárias e ações de saúde exercem determinação na mortalidade na infância, atuando de forma considerada na diminuição da taxa de mortalidade de menores de 5 anos (MARINHO *et al.*, 2020).

Uma vez determinada por aspectos sociais, econômicos e culturais, a saúde infantil é, portanto, um dos mais relevantes parâmetros na avaliação da saúde de uma comunidade, fornecendo subsídios para o planejamento de atividades promoção, prevenção e intervenções em saúde (MOREIRA *et al.*, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso único, integrado e explicativo apresentou o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem em Florianópolis na perspectiva de profissionais que atuam na APS. Os gestores centrais, locais e os docentes apresentaram relatos semelhantes permitindo conhecer os DSS que interferem na saúde infantil.

Os resultados evidenciaram que as crianças estão inseridas em famílias populosas, desestruturadas, de baixa renda e sem escolaridade. Ainda, residem em comunidades violentas, com moradias localizadas em morros, sem saneamento básico. O principal comportamento de risco infantil sinalizado foi uso excessivo de tecnologias.

Dessa forma, os DSS presentes no contexto de vida das crianças relacionam-se a aspectos comportamentais, sociais e econômicos. Analisar os DSS que influenciam a saúde infantil possibilita o planejamento de atividades promoção, prevenção e intervenções em saúde eficazes para a redução de situações que expõem as crianças a riscos.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam com gestores e profissionais de saúde, de modo a fomentar discussões sobre o DSS que influenciam na saúde infantil, a fim de elaborar estratégias de redução dos riscos e agravos passíveis de prevenção.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.P. **Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment.** 2018. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

AIRES, L.C.P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru.** 2015. 183p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 121-43.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012.

BARCELOS, R.S. *et al.* Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00139115, 2017.

BERNARD, J.Y. *et al.* Predictors of screen viewing time in young Singaporean children: the GUSTO cohort. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, 2017.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis.** 2017. 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8.069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8.069.htm). Acesso em: 20 jun 2018.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8.080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8.080.htm). Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

CARNEIRO, V.B. *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, 360-71, 2016.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20p.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

DILLENBURG, A.I. *et al.* Vulnerabilidade social e desenvolvimento infantil: um olhar a partir da teoria histórico cultural e da neurociência. **Revista Educação & Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 36, 2017.

ESKENAZI, E. M. S. Fatores socioeconômicos associados à obesidade infantil em escolares do município de Carapicuíba (SP, Brasil). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 247-254, 2018.

FERANDES, E.C.B.; CASTRO, T.G.; SARTORELLI, D.S. Associated factors of malnutrition among African children under five years old, Bom Jesus, Angola. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 1, p. 33-44, 2017.

FERRAZ, S.C.S. **Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens**. 2019. 154p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

FREU, C.M. **Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico**. 2019. 95p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

IMADA, K.S. *et al.* Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

HUDA, T.M. *et al.* The importance of intersectoral factors in promoting equity-oriented universal health coverage: a multilevel analysis of social determinants affecting neonatal infant and under-five mortality in Bangladesh. **Global Health Action**, v. 9, e:29741, 2016.

JORDÃO, M.M. **Estratégias para a redução dos ruídos na unidade neonatal: uma construção coletiva da enfermagem**. 2016. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional) -

Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

KELISHADI, R. *et al.* Socioeconomic inequality in childhood obesity and its determinants: a Blinder-Oaxaca decomposition. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 131-9, 2018.

KLOCK, P. **Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal.** 2014. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

LUZ, J.P. **Educar-brincar-cuidar: uma proposta problematizadora de ensino no brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem.** 2015. 293p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MARINHO, C.S.R. *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, 2020.

MOREIRA, M.E.F.H. *et al.* Determinantes socioeconômicos e gestacionais do peso ao nascer. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. 2, 83-90, 2017.

MUKABUTERA, A. *et al.* Rainfall variation and child health: effect of rainfall on diarrhea among under 5 children in Rwanda, 2010. **BMC Public Health**, v. 16, p. 731-40, 2016.

OLIVEIRA, M.N.D. *et al.* Características dos óbitos infantis em um município de médio porte da região Nordeste do Brasil. **J. Health Biol Sci**, v. 5, n. 2, p. 160-4, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro: ONU, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf). Acesso em: 01 out 2018.

RIBEIRO, M.G.C. *et al.* Social determinants of health associated with childhood accidents at home: an integrative review. **REBEN**, v. 72, n. 1, p. 265-72, 2019.

ROCHA, P.F.A. **Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral.** 2013. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-35, 2015.

PEREIRA, I.F.S. *et al.* Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.10, p. 3341-52, 2017.

RUOFF, A.B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos.** 2016. 186p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, R.C.M. **Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico.** 2016. 126p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTOS, S.V. **Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados.** 2019. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

SCAPIN, S.C. **Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado.** 2018. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SILVA, J.S. *et al.* Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 164-9, 2020.

SILVA, M.F. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas.** 2017. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SIQUEIRA, A.C.; FREIRE, C.O. A influência da tecnologia no desenvolvimento infantil. **Revista FAROL**, v. 8, n. 8, p. 22-39, 2019.

SOLARTE, M.E.V; CASTRO, L.M.C.; CORREA, M.P.C. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. **Universidad y Salud**, v. 18, n. 1, p. 113-25, 2016.

SONCINI, M.F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico.** 2015. 181p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

SOUZA, J.M. **Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica.** 2017. 309p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SOUZA, K.; CUNHA, M.X.C. Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 3, n. 3, p. 204-17, 2019.

SOUZA, S. **Piccped®**: construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica. 2018. 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SUMIYA, L.A.; CRAVEIRO, S. O desafio da ampliação de vagas em creches: os diferentes mecanismos de gestão da Prefeitura de São Paulo. **Revista @ambienteeducação**, v. 13, n. 1, p. 133-54, 2020.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano de Ensino da Disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano 4 – Mulher, Neonato, Criança e Adolescente”**. Florianópolis, 2019. 32p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2019/02/6f-INT5206-2019.1-O-Cuidado-no-Processo-de-Viver-Humano-4-Mulher-Neonato-Crian%C3%A7a-Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 jun 2019.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis, 2018. 127p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Projeto-Pedag%C3%B3gico-do-Curso-Enfermagem-UFSC-2018.pdf>. Acesso em: 23 jul 2018.

VASCONCELOS, M.J.O.B. *et al.* Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 48, 2018.

VAZ, F.P.C.; NASCIMENTO, L.F.C. Spatial distribution for diarrhea hospitalization in São Paulo State. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 3, p. 475-82, 2017.

VIEIRA, K.B.T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal**: uma construção coletiva. 2014. 133p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

VIEIRA, J.A.; ROSA, S.S. A Judicialização do acesso à creche: desafios para um atendimento com qualidade. **REAE - Revista de Estudos Aplicados em Educação**, v. 5, n. 9, 2020.

YAKUWA, M.S.; NEILL, S.; MELLO, D.F. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3007, 2018.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## 6.5 MANUSCRITO 4: VULNERABILIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: uma análise nas dimensões individual, social e institucional

### RESUMO

**Objetivo:** analisar a vulnerabilidade infantil nas dimensões individual, social e institucional presentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Método:** Trata-se de um estudo de caso único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência, que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta. A análise dos dados ocorreu por meio da proposição teórica e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. **Resultados:** da análise emergiram três categorias temáticas: É institucional, tem a ver em como o poder do estado está organizado para acolher a necessidade dessas crianças; Não é só a questão econômica que influencia ou só a social, é todo um contexto; O comportamento dela no futuro se dá a tudo isso que ela vivencia na infância. **Conclusão:** a vulnerabilidade infantil em Florianópolis se apresenta principalmente na dimensão institucional, interferindo, em maior ou menor grau, no desenvolvimento e crescimento saudável das crianças.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Saúde da criança. Análise de vulnerabilidade. Estudo de Caso. Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A criança é considerada uma prioridade nas políticas públicas de saúde devido ao fato da sua maior fragilidade em seu processo de crescimento e desenvolvimento. Por conta da mudança do perfil epidemiológico dessa população, dos avanços científicos, da incorporação de tecnologias, e da constante mudança nos modelos assistenciais, a atenção à saúde da

criança vem passando por transformações com apelo para a preocupação com a qualidade de vida e a defesa dos direitos humanos (SANTOS, 2018).

A saúde da criança está associada a inúmeros fatores sociais, comportamentais e biológicos, nos quais a relação entre eles interfere na determinação de desfechos de saúde (SLEUTJES *et al.* 2016). Estudos apontam os fatores mais comumente associados à saúde na infância como as questões socioeconômicas, o comportamento parental, os hábitos alimentares da criança e a saúde dos pais (LEIVAS *et al.*, 2018; LEAL *et al.*, 2017; FAJARDO *et al.*, 2017; ROMO; BRAVO; FERNANDÉZ, 2018; TASCÓN *et al.*, 2016).

Dessa forma, os fatores que influenciam na condição de saúde das crianças às expõem a graus variados de vulnerabilidade. O termo vulnerabilidade pode ser entendido como o conjunto de elementos do sujeito, da comunidade e do contexto que criam graus variados de suscetibilidade da criança ao adoecimento. Para analisar a vulnerabilidade busca-se integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas e de comunidades, que as tornam mais ou menos susceptíveis à danos, agravos ou doenças. As dimensões de análise de vulnerabilidade sintetizam, sistematizam, aperfeiçoam e enriquecem um conjunto de preocupações e proposições para orientar as teorias e práticas voltadas para o conhecimento e intervenção sobre as dimensões sociais dos processos saúde-doença (AYRES *et al.*, 2012).

Este estudo fundamentou-se no referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009), no qual analisa a vulnerabilidade em três dimensões, são elas: dimensão individual, dimensão social e dimensão institucional (AYRES *et al.*, 2012).

A análise da dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis a danos, agravos ou doenças e, por isso, preocupa-se com os comportamentos que criam essa oportunidade. Nessa dimensão, são considerados aspectos como valores, interesses, crenças, relações, situação material, situações emocionais, situação física e redes e suportes sociais (AYRES *et al.*, 2012).

A dimensão social analisa os fatores contextuais que definem a vulnerabilidade do indivíduo, tais como o acesso a meios de comunicação, educação, condições de bem-estar social, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, etc (AYRES *et al.*, 2012).

A dimensão institucional busca avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Elementos como o grau e a qualidade do

compromisso desses serviços e programas, os recursos que dispõem, os valores e competências de suas gerências, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações são avaliados (AYRES *et al.*, 2012).

Conhecer e compreender os processos que influenciam a saúde infantil e identificar seus determinantes em contextos específicos é fundamental para a oferta de assistência de qualidade e efetiva, além de ser uma medida importante para a definição de políticas e intervenções preventivas ou relacionadas ao cuidado à saúde infantil.

Dessa forma, admite-se a proposição teórica de que a vulnerabilidade pode ser explicada com base na estratificação individual, social e institucional. Esta proposição teórica subsidiou a formulação da questão de pesquisa que norteou este estudo: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina? Assim, este estudo teve como objetivo analisar a vulnerabilidade infantil nas dimensões individual, social e institucional presentes em Florianópolis, Santa Catarina.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo de caso, do tipo único, integrado e explicativo, de abordagem qualitativa. Este método é útil quando há a necessidade de compreender um fenômeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto (YIN, 2015).

O estudo de caso único é adequado quando a teoria apresenta um conjunto claro de proposições e as circunstâncias em que elas são consideradas verdadeiras. Para uma análise mais abrangente, as subunidades de análise acrescentam oportunidades mais significativas, favorecendo os *insights* ao caso único (YIN, 2015).

Neste estudo de caso, o contexto é o município de Florianópolis, o caso a vulnerabilidade infantil e a unidade integrada de análise compõem-se de impressões e perspectivas de gestores em saúde e docentes de enfermagem.

A unidade integrada de análise formada por gestores em saúde buscou compreender a vulnerabilidade infantil na perspectiva do gestor central da Atenção à Saúde, dos gestores dos quatro distritos sanitários de saúde e dos gestores locais que atuam diretamente com o público infantil nos centros de saúde do município de Florianópolis.

A unidade integrada de análise formada por docentes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) procura compreender o

ensino da vulnerabilidade infantil na perspectiva dos professores enfermeiros que atuam na graduação e pós-graduação na área da saúde da criança e na atenção primária à saúde.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a setembro de 2020. Para o levantamento de dados optou-se por três fontes de evidência que convergiram de modo triangular: documentos, registro em arquivos e entrevista curta.

Foram incluídos dois tipos de documentos de relevância para a compreensão do fenômeno: documentos de amparo legal e teses/dissertações. Os documentos de amparo legal foram elegidos intencionalmente e incluem portarias e leis. Os documentos foram nomeados de acordo com a ordem de leitura (Ex: DOC1, DOC2...).

As teses e dissertações foram selecionadas pelo Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Utilizou-se a chave de busca “vulnerabilidade infantil *and* saúde da criança”, sem limite de ano, de teses e dissertações publicadas pela UFSC. A busca foi realizada em 29 de setembro de 2020 e gerou um total de 418 documentos, dos quais após leitura de título e resumo, foram incluídos 18 estudos que atenderam o escopo da pesquisa. Os estudos foram nomeados de acordo com tipo (teses e dissertações) seguido pelo número de ordem de leitura (Ex: D01, D02; T01, T02...).

Os registros em arquivos foram utilizados para conhecer o contexto da saúde infantil de crianças de 0 a 9 anos de idade, residentes no município de Florianópolis. Os registros incluídos no estudo foram os disponíveis nos últimos anos, coletados do *site* IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>) (RA1) e da Prefeitura Municipal de Florianópolis ([www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude)) (RA2).

Para a entrevista curta foram entrevistados um gestor do nível central e quatro gestores do nível distrital (GC). Os gestores distritais indicaram entre três ou quatro centros de saúde com área de maior vulnerabilidade infantil. Assim, foram entrevistados 13 gestores locais (GL). Ainda, foram entrevistados 12 docentes de enfermagem da UFSC, dentre eles cinco atuantes da área da saúde da criança (DSC1 a DSC5) e oito na atenção primária à saúde (DAPS1 a DAPS8). Dessa forma, participaram da pesquisa 30 sujeitos.

Para a elegibilidade dos gestores, adotou-se como critérios de inclusão estar atuando na atenção primária à saúde e/ou saúde da criança em cargos de coordenação ou assistência. Para a elegibilidade dos docentes em enfermagem, adotou-se como critérios de inclusão ser professor efetivo do curso de graduação de enfermagem na UFSC e ter como área de estudo a atenção primária à saúde e/ou saúde da criança. Os critérios de exclusão se aplicam quando os docentes estiverem de férias, licença no período da coleta de dados ou recusa de participar da

pesquisa. A partir destes critérios, dois docentes e três gestores recusaram participar da entrevista.

As entrevistas foram realizadas com questões predeterminadas, dirigidas aos participantes. Três roteiros foram elaborados, um para gestores centrais, outro para gestores locais e um para os docentes. O roteiro foi composto por duas partes, a primeira com dados de identificação dos sujeitos e a segunda com perguntas que permitiram responder a seguinte questão norteadora: de que maneira se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina?

As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a setembro de 2020. Para otimizar a realização da entrevista, utilizou-se um aparelho de gravação de áudio com a finalidade de resgatar o máximo de dados obtidos através da fala dos participantes. As entrevistas foram marcadas com antecedência, no dia e horário sugeridos pelo profissional. Após o mês de março, em meio ao auge da pandemia do coronavírus, não foi possível realizar a entrevista presencialmente. Sendo assim, essas ocorreram via chamada telefônica e gravadas simultaneamente. Nesses casos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado por e-mail. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos e foram transcritas na íntegra.

A análise dos dados se deu pela técnica qualitativa por meio da utilização do *software* MaxQDA®plus. Na primeira etapa, as fontes de evidência foram importadas para o *software* e agrupadas em pastas de entrevistas, documentos e registros em arquivos. Na segunda etapa foram criados 942 códigos que foram agrupados em 12 conjuntos de códigos, sendo eles: ensino da vulnerabilidade, formação em saúde da criança, fragilidade no ensino, como se dá o atendimento à criança, importância da análise da vulnerabilidade, como identificar as vulnerabilidades, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade social, dificuldades relacionadas à vulnerabilidade institucional, conceito de vulnerabilidade e vulnerabilidade individual, social e institucional, áreas de vulnerabilidade e legislação.

As estratégias analíticas utilizadas foram as proposições teóricas e o desenvolvimento da descrição, interpretação e explicação do caso. Essas estratégias permitiram aplicar uma estrutura teórica para a organização do estudo de caso e identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (YIN, 2015). Assim, utilizou-se o referencial teórico sobre vulnerabilidade de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009), adaptado para o público infantil, para a análise e discussão do caso.

Este estudo foi submetido para a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer número 3.369.067, CAE 14366019.6.0000.0121, por meio da Plataforma Brasil, seguindo as

recomendações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Este estudo de caso único é composto por duas unidades integradas de análise, são elas: os gestores que atuam na rede de atenção primária à saúde de Florianópolis e os docentes em enfermagem da UFSC.

Entre os gestores, são cinco de nível central e 13 de nível local. Nove são do sexo feminino e nove do sexo masculino, com idade variando de 31 a 54 anos. Possuem profissões distintas, dentre eles, oito são enfermeiros, três dentistas, um médico, um farmacêutico, um advogado, um assistente social, um educador físico, um auxiliar de saúde bucal e um contador. O tempo de atuação varia de um a 168 meses.

Dos docentes de enfermagem, cinco atuam na área da saúde da criança e oito na área da atenção primária à saúde. São predominantemente do sexo feminino, enfermeiras, com idade variando de 37 a 65 anos. O tempo de docência varia de 60 a 336 meses.

Na busca de teses e dissertações foram incluídos 18 estudos, sendo 11 dissertações e sete teses, apresentadas conforme o Quadro 11.

Quadro 11 - Banco de teses e dissertações.

| Nomenclatura        | Ano  | Título  |
|---------------------|------|---|
| <b>DISSERTAÇÕES</b> |      |   |
| D01                 | 2013 | Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral  |
| D02                 | 2014 | Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma construção coletiva   |
| D03                 | 2015 | Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê Pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru |
| D04                 | 2015 | Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico                          |
| D05                 | 2016 | COMITÊ DE PREVENÇÃO DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos  |
| D06                 | 2016 | Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico  |
| D07                 | 2016 | Estratégias para a Redução dos Ruídos na Unidade Neonatal: uma construção coletiva da enfermagem  |
| D08                 | 2017 | Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado                       |
| D09                 | 2017 | Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do   |

|              |      |   |
|--------------|------|---|
|              |      | paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica   |
| D10          | 2019 | Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico. |
| D11          | 2019 | Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens          |
| <b>TESES</b> |      |   |
| T01          | 2014 | Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal                            |
| T02          | 2015 | Educar-brincar-cuidar: uma proposta problematizadora de ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem |
| T03          | 2017 | Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica         |
| T04          | 2017 | Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis   |
| T05          | 2017 | Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas   |
| T06          | 2018 | Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment  |
| T07          | 2019 | Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados       |

Fonte: acervo da autora (2021).

Ainda, foram incluídos seis documentos de amparo legal, apresentados no Quadro 12.

Quadro 12 - Banco de documentos de amparo legal.

| <b>Nomenclatura</b> | <b>Documento/ Ano</b> | <b>Descrição</b>   |
|---------------------|-----------------------|--|
| DOC 1               | Portaria nº1.130/2015 | Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).  |
| DOC 2               | Lei nº 8.069/ 1990    | Dispõem sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.  |
| DOC 3               | Lei nº 8.080/ 1990    | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. |

|       |                        |  |
|-------|------------------------|--|
| DOC 4 | Portaria nº 2.436/2017 | Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
|-------|------------------------|--|

Fonte: acervo da autora (2021).

Com base nos dados coletados por meio de entrevistas, documentos e relatórios, emergiram três categorias temáticas: Aspectos institucionais da vulnerabilidade infantil; Aspectos sociais da vulnerabilidade infantil; e Aspectos individuais da vulnerabilidade infantil.

## ASPECTOS INSTITUCIONAIS DA VULNERABILIDADE INFANTIL

*“É institucional, tem a ver em como o poder do estado estar organizado para acolher a necessidade dessas crianças” (GCI)*

Essa categoria aborda as condições organizacionais para o atendimento à criança. Inclui-se o atendimento na atenção primária à saúde, o atendimento no serviço especializado, a integração com os demais níveis de atenção à saúde, a articulação intersetorial e o uso dos sistemas de informação à saúde.

Está organizada em quatro subcategorias, são elas: Organização da Atenção Primária à Saúde; O encaminhamento para o serviço especializado; O atendimento intersetorial; e Informação em saúde.

### **Organização da Atenção Primária à Saúde**

*“Eu tenho a população buscando um acesso maior e uma desconstrução da lógica da equipe” (DAPS4)*

Essa subcategoria discorre sobre como o serviço de APS está organizado para atender o público infantil e os desafios vivenciados pelas equipes de saúde da família. Em relação ao público infantil, 5,4% tinham de 0 a 4 anos e 5,7% de 5 a 9 anos no ano de 2010 em Florianópolis (RA1).

A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio do cuidado integrado por uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (DOC3, DOC4).

Atualmente, o novo modelo implantado na APS, com o acesso avançado, provoca reflexões contrastantes. Por um lado, o acesso avançado permite que a população consiga consultas com médicos, enfermeiros e dentistas na hora ou em até 48 horas depois. Porém, o controle sobre o território, a vigilância epidemiológica e investigação dos casos de acordo com a proposta clássica da APS se perdeu, conforme a opinião dos gestores locais.

*Com relação a vigilância de território, coordenação de cuidado de alguns pacientes crônicos, investigações, isso a gente não tem condições de fazer hoje em dia. Se a gente for analisar talvez para pacientes mais vulneráveis piorou porque esse paciente acaba não chegando igual na unidade (GL13).*

*A gente perdeu um pouco o controle do território, que hoje a atenção básica tem esse acesso avançado (GL4).*

O atendimento à criança na APS deve ser guiado pelos princípios e diretrizes do SUS, entre os princípios estão a universalidade de acesso, equidade e integralidade da assistência; e de acordo com diretrizes de regionalização, hierarquização, territorialização, população adstrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (DOC1, DOC3, DOC4).

Os docentes e gestores relatam que houve uma desconstrução da lógica de atendimento das equipes de ESF. As equipes estão passando seu tempo dentro das unidades, envolvidas com o número elevado de consultas. Consequentemente, se perdeu a lógica da prevenção, promoção e o envolvimento com a comunidade, causando prejuízos no acompanhamento da saúde infantil, como observa-se no relato a seguir:

*Houve aumento muito grande da demanda [...] e a gente não dá conta de fazer a prevenção a promoção. E a coisa mais importante para mim seria trabalhar essas vulnerabilidades na infância, mas nós vamos perdendo por falta de equipe (DAPS4).*

*[...] porque tenho que dar conta do acesso avançado, para eu dar conta, tenho que deixar o profissional mais dentro do posto, eu tenho essa dificuldade (GL4).*

Entre as teses selecionadas, em apenas uma foi sinalizado que os enfermeiros compreendem suas práticas como um processo de trabalho complexo, demandado por acúmulo de atividades e responsabilidades e frágil articulação com a equipe de saúde. Tais circunstâncias refletem as dificuldades de incorporação da promoção da saúde em suas práticas na atenção à saúde da criança (T06).

A dificuldade em realizar ações de promoção à saúde também foi evidenciada em uma dissertação na qual o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso na Atenção Básica ainda é centrado no modelo biomédico (D03).

Em outra tese, as atividades de promoção a saúde foram fundamentais para as crianças e famílias que se encontravam em situação de vulnerabilidade, despertando nas mães de crianças prematuras reflexões frente às suas realidades, possibilitando o seu empoderamento em relação à autoestima, compreensão do seu cotidiano, cuidados com o filho e o apoio familiar (T03).

A APS visa incorporar as ações de vigilância em saúde, além de planejar e a implementar ações para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (DOC4).

Os entrevistados colocam que a alta demanda de atendimentos nas unidades de saúde prejudica a assistência à saúde infantil, pois eles atendem também outros públicos como gestantes, idosos e portadores de saúde mental.

*[...] eu não estou ali só para saúde da criança, então eu preciso organizar meu tempo para todos os públicos (DAPS4).*

*As equipes têm uma população acima do que daria para fazer um atendimento de qualidade desejado, [...] além das crianças e das gestantes, tem os idosos e muitas pessoas com problemas de saúde mental (GL3).*

Além do número de atendimentos que aumentou, as equipes de saúde sofrem com a falta de profissionais e a alta rotatividade. Sentem-se sobrecarregadas e incapazes de realizar um acompanhamento adequado das crianças. Os gestores relatam que muitas vezes não conseguem realizar reuniões para a discussão dos casos devido à alta demanda.

*A gente precisa dar conta de uma demanda muito maior do que a gente consegue por conta da falta de estrutura e falta de RH (GL9).*

*A rotatividade muitas vezes dos profissionais que fazem a gente não conseguir criar um vínculo tão grande com as crianças e também com as famílias (GL8).*

*Eu fiquei até hoje sem médico, então estava só eu na equipe e a gente foi priorizando o acesso para atender as pessoas (GL5).*

O acesso avançado também mudou o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, que agora é basicamente administrativo, realizando acolhimento e agendando as consultas.

*[...] só que agora o agente comunitário aqui em Florianópolis o que está fazendo? Ele está ficando nas ilhas de atendimento, na verdade ele está fazendo uma atividade administrativa de recepção da comunidade (DSC3).*

*O agente de saúde agora ele veio para dentro das unidades exatamente para atender nesse acesso avançado (GL13).*

As atividades dos agentes comunitários de saúde pautam-se no planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico (DOC4).

Os gestores locais relatam que retirar os agentes comunitários de saúde do território prejudicou a identificação dos riscos na comunidade e o desenvolvimento do vínculo com as famílias, ficando o trabalho nas ruas muito pontual.

*[...] hoje por conta do modelo de trabalho que mudou, estão mais dentro da unidade (GL11).*

*[...] por mais que ele ainda traga coisas, não é mais aquele agente que ia em porta em porta conhecer mais as famílias (GL6).*

A vigilância epidemiológica do território é uma prerrogativa do SUS e baseia-se em um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos ou da comunidade, a fim de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (DOC3).

Essa dificuldade das equipes é vista por um dos gestores centrais como falta de planejamento. Ele coloca que muitas equipes de saúde não se organizam para fazer busca ativa das crianças vulneráveis do seu território. Evidencia ainda, que algumas equipes são mais maduras e conhecem melhor seu território e sabem onde essas crianças estão e outras equipes não.

*Quando a equipe não conhece e se quando ativamente não procura essas famílias pra de fato garantir que elas consigam ter acesso a isso,*

*não basta a gente ficar esperando dentro do centro de saúde, elas não vão estar no serviço (GC1).*

Conhecer a população adstrita no território é fundamental para estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (DOC4).

As docentes relatam que para qualificar a atenção a saúde infantil é necessário que os profissionais de saúde criem estratégias de fortalecimento de competências das famílias para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento das crianças e a identificação de situações de risco e doenças.

*Ter uma dedicação de maior tempo nas orientações da família sobre o cuidado com a criança e sobre o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, isso poderia evitar muitos dos problemas que nós temos na atenção da saúde infantil (DAPS3).*

O cuidado centrado na pessoa busca o desenvolvimento de ações que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para cuidar da sua própria saúde de forma mais efetiva (DOC4).

Em relação aos profissionais de saúde, um dos gestores locais afirma que se sente despreparado para atender certas situações que envolvem o público infantil por ser algo complexo e multifatorial.

*Acredito que falta um pouco de treinamento pra que a gente esteja seguro pra conduzir alguns casos (GL9).*

De acordo com uma docente, o profissional de saúde deve ser capacitado para conduzir os procedimentos invasivos de forma adequada para promover a saúde e proteger a criança de agravos desnecessários.

*[...] então realmente os profissionais precisam ser capacitados para promover e proteger a criança quando ela está precisando de alguma intervenção de saúde (DSC3).*

A educação permanente em saúde deve fazer parte do processo de trabalho das equipes que atuam na APS. Os profissionais que atuam no cuidado direto às crianças na primeira infância devem receber formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário (DOC1).

## O encaminhamento para o serviço especializado

*“Então a gente acaba contando com esses encaminhamentos, mas tu pões o encaminhamento e fica” (GL6)*

Esta subcategoria aborda como ocorre o atendimento à criança que necessita de um serviço especializado de saúde.

A atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade consiste na articulação de um conjunto de estratégias, intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças na RAS, por meio da identificação de situação de vulnerabilidade, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva (DOC1).

Gestores e docentes lamentam a saída de profissionais do NASF que davam o apoio especializado à criança com necessidades especiais

*A gente perdeu muitos profissionais do NASF que davam um apoio muito importante para a gente trabalhar as questões de vulnerabilidade (DAPS4).*

*A gente tem uma limitação aqui no centro de saúde, por exemplo, não tem mais fono [fonoaudiologista] no NASF, é um grande problema (GL6).*

O NASF constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na APS, que atuam de maneira integrada para dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes de saúde da família (DOC4).

Ainda, a regulação do serviço especializado apresenta demora significativa entre o encaminhamento pela equipe da ESF e o acesso aos serviços propriamente dito pois os fluxos de encaminhamento são burocráticos. As novas demandas, principalmente relacionadas à saúde mental, não possuem uma oferta de serviço que absorva todas as crianças.

*Mas dali para os serviços de saúde mental é outra dinâmica e também os fluxos de encaminhamento não são tão facilitados (DAPS1).*

*A criança começa com dificuldade de alteração de comportamento, [...] a gente não tem suporte (GL3).*

Outra dificuldade apontada pelos gestores centrais e locais é a falta de pediatras na rede. Quando o médico da família necessita encaminhar alguma demanda para o pediatra, esse encaminhamento leva tempo, dificultando a intervenção na criança em tempo oportuno.

*A gente no momento está sem pediatra no nosso distrito (GL10).*

*A gente tem onze unidades e apenas um pediatra por 30 horas (GC2).*

Ainda, o gestor central da região norte do município relata que a população recebe atendimento apenas das equipes de ESF, pois os serviços especializados ficam distantes.

*A região norte está muito longe de um CAPS infantil, de um hospital infantil. [...] elas vêm até a unidade de saúde referência delas, que nem sempre vai ser o local pra fazer o atendimento completo pra criança (GC4).*

Uma das diretrizes da APS é a resolutividade, onde deve utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas (DOC4).

## **O atendimento intersetorial**

*“É uma fragilidade o distanciamento com outras instituições” (GC1)*

Essa subcategoria aborda a integração da atenção primária à saúde com os demais níveis de atenção e como ocorre a articulação intersetorial para o cuidado integral à saúde da criança.

O princípio da integralidade na APS, inclui a oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins (DOC4).

Os docentes colocam que o atendimento à criança, na perspectiva das redes de atenção à saúde, é fundamental para a continuidade do cuidado.

*Então não adianta estruturar atenção primaria, investir na atenção primaria, se a gente não trabalha com a perspectiva de rede, e isso deveria ser a regra e não uma exceção (DSC3).*

Em relação a RAS, uma tese que analisou o compartilhamento do método canguru na APS em Florianópolis, refletiu a dificuldade que a Rede de Atenção à Saúde enfrenta para a sua integração (T04).

Os entrevistados sinalizam uma carência no sistema de referência e contra referência. Ocorre uma falta de comunicação, principalmente entre o nível terciário para o primário, pois não há um fluxo de encaminhamento estabelecido. Com isso, a equipe da ESF não consegue dar continuidade ao cuidado da criança de adequada.

*A criança quando ela tem um agravamento e ela precisa de uma internação, ela volta para casa [...] e o profissional não consegue compreender exatamente o que aconteceu com aquela criança durante aquela hospitalização (DAPS3).*

A hierarquização é um princípio do SUS que busca organizar os pontos de atenção da RAS entre si, a fim de estabelecer fluxos e referências para comunicação entre eles. Cabe ao município articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados seja realizada pela APS (DOC4).

Gestores centrais evidenciam a importância de ações intersetoriais para o atendimento integral à criança. Porém encontram fragilidade nessas ações pois os setores não são articulados.

*O trabalho em rede também tem fragilidade porque nem todos os setores estão articulados, conselho tutelar, unidade básica, educação (GC2).*

Os docentes e gestores concordam que a integração com a escola é fundamental. Atualmente, os dois setores trabalham de forma independente, diferentemente de antigamente, onde a escola andava em conjunto com o serviço de saúde.

*Na estratégia de saúde da família, no início, educação e saúde era uma coisa, mas hoje educação e saúde têm outra condição (DAPS1).*

*A gente vê pouco envolvimento de outras secretarias como por exemplo secretaria da educação (GC2).*

Os gestores centrais e locais relatam que o PSE é um programa do MS que não está funcionando de acordo com o preconizado, já não tem mais financiamento e por isso as parcerias com as escolas não estão mais estabelecidas. Se perdeu o conceito de escolas promotoras de saúde, ficando isso a cargo mais dos próprios profissionais do que algo institucionalizado.

*O PSE, um programa que agora está bem pouco realizado, não tem muito estímulo inclusive financeiro e as equipes têm ido mais por obrigação (GL13).*

*O conceito das escolas promotoras de saúde é você criar um ambiente saudável, qual alimentação está sendo oferecida, você vê se a escola é um ambiente seguro, onde a criança se sente acolhida (GC3).*

Antes os profissionais tinham mais espaço na agenda para ir às escolas, fazer grupos de escuta e atividades educativas, hoje é uma atividade mais pontual, com uma frequência mais baixa.

*Foi cada vez piorando ao longo dos últimos anos. Antes tinha algumas ações obrigatórias, então agora o obrigatório é uma ação anual sobre dengue e você escolhe mais duas ações entre uma lista de 13-14 temas. Então na prática isso significa nada (GC3).*

Em relação ao serviço de assistência social, a parceria é vista, pelos gestores locais, como essencial para a resolução de questões que vão além da saúde.

*O CRAS, conselho tutelar, ajuda bastante a gente a se sentir um pouco mais seguros e conseguir tomar as medidas ideais pra conduzir o caso (GL9).*

Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde é de atribuição dos municípios para a assistência integral à saúde das crianças (DOC1).

## **Informação em saúde**

*“A gente perdeu toda uma vida de indicador” (GL4)*

Essa subcategoria aborda como os gestores utilizam os indicadores de saúde para analisar a situação de saúde infantil.

Os municípios devem monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança no seu território e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde (DOC1).

Os gestores centrais e locais relatam que o uso da informação, como a análise de indicadores, norteia o processo de trabalho. No entanto, não fazem isso de forma sistemática por questões de sub registro, sobrecarga de trabalho e sistemas com manuseio complicado.

*Isso deveria estar norteando todo o nosso processo de trabalho, mas por uma série de questões, prontuários eletrônicos, sub registro, falta de tempo, falta de profissional, a gente acaba não fazendo isso de uma forma sistemática (GL9).*

*[...] porque a gente não tem condição, a equipe não tem perna para nós mesmos estar, com a constância que deveria, estar analisando nossos dados (GL2).*

*Se depender da unidade de saúde para ela correr e buscar teus dados na correria do dia a dia você acaba privilegiando outras coisas e isso nunca acontece (GL6).*

Segundo o relato dos gestores, os indicadores de saúde são pouco utilizados, pois não são estruturados em algumas unidades ou estão ausentes. Estes afirmam que não há um local para monitoramento desses indicadores e isso interfere no planejamento de ações para a saúde infantil.

*Eu não vou dizer que não tem, mas a gente não utiliza de forma rotineira porque cada informação está em um lugar (GC3).*

*A questão de uso de indicadores na prefeitura está cada vez mais frágil (GL6).*

Os gestores sugerem que a Prefeitura crie um setor para alimentar uma sala de situação com dados mais atualizados para a elaboração de ações mais proativas e não só reativas.

*O que seria super relevante para fazer uma ação mais proativa e não reativa, seria a gente ter salas de situação mais abrangente com dados mais atualizados para a gente saber o que a gente está fazendo (GC3).*

*A prefeitura precisa ter um setor que trabalhe, utilize dados e passe as unidades para elas planejarem em cima disso (GL6).*

Os entrevistados relatam que foi introduzido um novo programa no serviço, o programa CELK Saúde (sistema para a gestão de saúde direcionado ao setor público), porém apontam como limitação os dados desatualizados e a inclusão manual das informações e relatórios. Além disso, com a mudança dos sistemas, muitos dados se perderam durante o processo.

*Pelo CELK a gente não consegue puxar muitos relatórios, por ser manual e aí é uma falha. As vezes não atualiza, as vezes não dá conta dos nascimentos, das inclusões, enfim é mais manual (GL8).*

*[...] a gente está cada dia perdendo dados, a gente não está utilizando e melhorando os dados, a gente foi para um sistema melhor, mas que é muito difícil de usar dados (GL6).*

A ausência de um sistema adequado de organização das informações é apontada como uma fragilidade do sistema de saúde. Sem dados preciso, os gestores não têm subsídios para as suas ações e nem as realizam em tempo hábil para a resolução dos problemas.

*Então a falta da informação estruturada, a falta do dado qualificado eu acho que é um fator que prejudica muito a decisão (GC3).*

*Desde que estou na coordenação a gente não consegue ter dados importantes e confiáveis para colocar na reunião de planejamento. (GL6).*

Um gestor central evidenciou uma fragilidade na centralização das vigilâncias epidemiológicas distritais, que antes estavam localizadas dentro dos distritos sanitários de saúde e facilitavam a disseminação de informações para os profissionais da assistência, principalmente relacionadas ao monitoramento de agravos e o óbito infantil. Com a centralização, os dados não estão mais atualizados, pois dependem de fluxos burocráticos.

*Então o que está acontecendo na ponta nem sempre é o que está lá no sistema. O que poderia acontecer para resolver seria uma descentralização novamente ou a vigilância ter pessoas que estejam mais próximas dos distritos, das unidades de saúde, para retomar esse trabalho (GC3).*

A integração entre a vigilância em saúde e a APS é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população e busca estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (DOC4).

## ASPECTOS SOCIAIS DA VULNERABILIDADE INFANTIL

*“Não é só a questão econômica que influencia ou só a social, é todo um contexto” (GL8)*

Esta categoria apresenta as questões sociais das famílias que estão submetidas a riscos oriundos de condições habitacionais, trabalho e renda, escolaridade, além de menor acesso aos serviços essenciais. Os entrevistados observam que em muitas famílias, quando o desemprego não está presente, os pais não possuem renda suficiente para proporcionar uma refeição saudável para as crianças. Essa situação faz com que ocorra a introdução de alimentos industrializados, pobres em nutrientes. Em comunidades indígenas a desnutrição está relacionada a falta do alimento ou a uma alimentação inadequada.

*Só que por “n” fatores econômicos os pais estão perdendo o emprego. Eu já tive criança de três meses que tinham 1 kg e 700g de extremo desnutrido (DSC1).*

*Se tu tens uma alimentação inadequada tu estás vulnerável a ter todas as consequências de uma má alimentação (DAPS2).*

*A principal é a baixa renda, dificuldade de ter acesso a uma alimentação saudável. Tem criança com três, quatro meses já estão querendo dar leite de vaca, dar mingau, farinha (GL1).*

Em contrapartida, em famílias com alta renda, observa-se crianças obesas, pelo fato de os pais trabalharem fora e não se atentarem a alimentação dos filhos.

*Outras não se alimentam bem nutritivamente, mas tem excesso de peso, tem obesidade (GL9).*

*[...] a gente tem questões econômicas que as vezes são muito positivas e que podem levar a criança a obesidade também pela alimentação errada, a uma falta de atenção dos pais porque trabalham fora e não tem tempo para a criança (DSC3).*

Em relação às condições de moradia, os entrevistados relatam que as crianças vivem em locais insalubres, casas populosas, sem saneamento básico. Essas condições aumentam o risco do surgimento de doenças que são passíveis de prevenção.

*É muito comum aqui a casa de um ou dois quartos, morar sete ou oito pessoas (GL3).*

*Eles vivem em uma comunidade bem carente e a maioria delas não tem acesso a água, então a higiene deles é muito precária, acho que isso acarreta o motivo de doenças que eles acabam tendo (GL10).*

No que diz respeito a escolaridade, os entrevistados acreditam que o grau de instrução, a formação e o nível de compreensão da mãe e/ou dos cuidadores da criança tem uma influência nas questões relacionadas ao cuidado infantil.

*Se tu não tens uma educação boa, tu podes nem perceber essas vulnerabilidades, achar que é um fato dado que não tem solução, se tu tens uma educação frágil (DAPS2).*

*Até a escolaridade dos próprios pais influenciam, se os pais têm um determinado nível de escolaridade, isso também influencia de certa forma nos cuidados pra criança (GC2).*

É assegurado à criança o direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho. E é obrigação dos pais ou responsáveis matricular as crianças na rede de ensino (DOC2).

## ASPECTOS INDIVIDUAIS DA VULNERABILIDADE INFANTIL

*“O comportamento dela no futuro se dá a tudo isso que ela vivencia na infância” (GL1)*

Essa categoria aborda as condições individuais e comportamentais da criança e família e suas implicações na saúde física, emocional e psíquica das crianças. Está subdividida em três subcategorias: Vulnerabilidade do ser criança; Estrutura e dinâmica familiar; e Comportamento de risco e o impacto na saúde infantil

### **Vulnerabilidade do ser criança**

*“Mas você olhar realmente dá pena, cabelinho extremamente sujo, piolho, roupinha suja, pé descalço, correndo por aí” (GL2)*

Essa subcategoria aborda a vulnerabilidade do próprio “ser criança” e sua incapacidade de lidar e/ou alterar as questões do ambiente que está inserida. As docentes consideram a criança vulnerável devido a imaturidade dos sistemas corporais que ainda estão em formação, principalmente o imunológico que a deixa mais suscetível a doenças e o seu processo de desenvolvimento.

*E a própria vulnerabilidade de ter um sistema imaturo, o que vem da própria criança no sentido de físico por não ter todo seu desenvolvimento completo, imaturidade fisiológica (DSC1).*

*A criança ela não responde por si emocionalmente ela está em franco desenvolvimento na questão emocional (DAPS4).*

Ainda, acreditam que a criança absorve todas as consequências do ambiente em que vive e é incapaz de se proteger da realidade que vivencia.

*Mas para mim a criança é vulnerável como um todo. A criança na família ela não tem ferramentas pra enfrentar situações de violência por exemplo, de maus tratos, de negligência ela não adquiriu ainda essa experiência (DAPS1).*

*[...]só que ela é extremamente mais vulnerável porque ela não se defende, ela está ali absorvendo todas as consequências desse ambiente instável que elas vivem (DAPS2).*

É garantido à criança todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano, a fim de proporcionar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (DOC2).

### **Estrutura e dinâmica familiar**

*“É uma família que se cria sem ser realmente uma família” (GL2)*

Essa subcategoria apresenta como a estrutura e cultura familiar influenciam no crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Os entrevistados relatam que a presença da família ampliada no apoio aos pais é importante para o cuidado a criança, porque muitas vezes, o número de filhos por casal é elevado. No entanto, muitas famílias não têm uma rede de apoio que auxilie no suporte às suas necessidades.

*Tem famílias que não tem uma rede de suporte, no momento que uma criança é exposta a alguma situação, a falta de uma rede faz com que a gente não consiga melhorar a saúde dessa criança (GC4).*

*Muitas vezes os filhos que são do casal são mais bem aceitos dos que eram do relacionamento anterior, as crianças sentem um pouco dessa rejeição. As vezes acabam indo para casa de um, porque o outro não quer mais criar, porque o parceiro não quer (GL3).*

Evidenciam, ainda, que a grande maioria das famílias são desestruturadas, com dinâmicas familiares caóticas. Em muitas famílias os pais estão ausentes, são separados, possuem transtornos psiquiátricos e não são os responsáveis pelos filhos. A referência acaba sendo os avós, tios, irmãos e até os vizinhos para o cuidado a essas crianças. Por falta de cuidadores, as crianças estão nas ruas e fora da escola.

*[...] quem é a referência dessa criança na família, as vezes nem é tanto a mãe e o pai, às vezes é um irmão mais velho, uma tia (DSC2).*

*Dinâmicas familiares caóticas também levam esse tipo de prejuízo obviamente (GC5).*

*[...] a responsabilidade fica para algum outro parente porque o pai está preso, a mãe está presa, ou a mãe abandonou ou os pais são falecidos por questão do tráfico mesmo, do crime (GL5).*

### **Comportamento de risco e o impacto na saúde infantil**

*“A criança depende de uma família que pode cuidar dela, depende da saúde mental e física dessas pessoas” (DAPSI)*

Essa subcategoria discorre sobre como os comportamentos de risco, a saúde física e mental dos cuidadores influencia no bem-estar infantil. Para os gestores e docentes, a criança é totalmente depende dos seus cuidadores. A família é a responsável por vacinar, levar nas consultas, oferecer alimentação e moradia adequadas.

*Você pensa na questão da vacina, se a família não vacina olha só como ela fica vulnerável a todos os outros agentes patológicos que ela não precisaria estar (DAPS2).*

*As vezes eles meio que desaparecem, tu orientas algumas coisas e eles não retornam consultas. Então o desafio maior é nesse sentido da responsabilidade dos pais em voltar com a equipe (GL1).*

A saúde física e mental dos cuidadores, assim como os comportamentos de risco, como o uso de álcool, drogas, envolvimento com o tráfico, pode fazer com que a criança, pelo exemplo, entre em contato com essas substâncias precocemente.

*A região tem muita influência de tráfico de drogas então a gente tem ali bastante pacientes que são usuários, muito pacientes com saúde de problema mental, transtorno de ansiedade, bipolaridade, esquizofrenia (GL9).*

*Droga acaba tendo uma relação direto com prisão, então as vezes o responsável não fica preso por muito tempo (GL3).*

Os entrevistados relatam que a violência no âmbito familiar, infelizmente, ainda está presente, porém, é velada nas comunidades. As crianças não só assistem a violência física e psicológica entre os pais e vizinhos, mas também acabam sendo vítimas desses abusos.

*A gente tem crianças que sofrem violência, mas não são violentas com outras crianças ou com a gente, muito pelo contrário, são extremamente carinhosas, ou as vezes são envergonhados, cabisbaixos (GL9).*

*[...] a gente vê a questão da violência um pouco mais velada (GL8).*

A violência sexual também está presente nas famílias e é provocada por pessoas próximas às crianças. Na opinião gestores locais, ela se manifesta não só no ato sexual, mas também ao expor a criança a conteúdos sexuais.

*[...] casos de estupro por parte de avô, vó das crianças que hoje eles estão presos (GL2).*

*A criança está com problema de sexualidade aflorada, porque o pai e a mãe vão se relacionar no mesmo quarto dos filhos, as vezes eles estão dormindo, as vezes não. As vezes os pais estão lá assistindo filme pornô e a criança do lado brincando [...] (GL3).*

O ambiente tóxico prejudica o crescimento e o desenvolvimento infantil e pode repercutir na vida adulta. As crianças crescem no meio do vício, da violência, dos maus exemplos e tornam-se agressivas, com dificuldade de aprendizagem, com transtornos psíquicos, e acabam reproduzindo o modo de vida dos pais na adolescência ou na vida adulta.

*A gente acompanha muito isso, crianças agressivas que batem em outras crianças, falam palavrão, porque é um ambiente tóxico, a criança vai acabar retratando isso quando crescer (GL9).*

*Meninos de 13, 14 anos já muitos ligados ao tráfico, o tráfico se torna rotina do dia-a-dia. [...] crianças com sofrimento psíquico, já identificadas desde a infância (GL2).*

A lei garante que nenhuma criança ou adolescente poderá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (DOC2).

## **DISCUSSÃO**

A vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis foi analisada com base em proposições teóricas, as quais guiaram a atenção para a perspectiva de docentes de enfermagem que atuam nas áreas de saúde da criança e atenção primária à saúde, bem como de gestores centrais e locais que atuam nos serviços de saúde, permitindo a compreensão do fenômeno em profundidade.

Considerando o ser criança, a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de condições complexas que torna a criança susceptível a sofrer prejuízos ou atrasos em seu crescimento e/ou desenvolvimento devido à influência de elementos de dimensão individual, social e institucional (AYRES *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013).

A partir da análise dos resultados encontrados neste estudo, pode-se evidenciar uma maior influência da dimensão institucional na saúde das crianças em Florianópolis, foco da discussão, sem minimizar a influência das outras dimensões.

A dimensão institucional da vulnerabilidade busca avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultural, atuam como elementos que reproduzem as condições socialmente dadas de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2012; AYRES *et al.*, 2009).

Vários aspectos que interferem na vulnerabilidade institucional que as crianças do município de Florianópolis estão expostas puderam ser identificados. A primeira vulnerabilidade identificada neste estudo foi o despreparo técnico-científico dos profissionais e equipes em atender o público infantil por ser complexo e multifatorial. O mesmo observou-se em estudo realizado no Rio de Janeiro, com médicos e enfermeiros, onde esses profissionais não se sentem seguros e competentes para atuarem na perspectiva da singularidade do atendimento à criança, assim como a oferta de capacitações especificamente relacionadas à saúde da criança foi reduzida ou está ausente (GEORGE *et al.*, 2020).

O conhecimento técnico-científico, atrelado com o saber prático, torna possível a intervenção mais adequada para as crianças evolvidas. A intervenção é fundamental para reduzir vulnerabilidades, para, de fato, criar estratégias de ação, nas diversas áreas de atenção em saúde (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Outra vulnerabilidade identificada foi em relação a aspectos de organização do setor saúde, acesso e qualidade dos serviços e integração entre prevenção, promoção e assistência. O acesso avançado, apesar de permitir o acesso a consultas com agilidade, fez com que os profissionais ficassem nas unidades de saúde para atender a alta demanda. Consequentemente, perdeu-se a lógica da prevenção, promoção e o envolvimento com a comunidade, causando prejuízos no acompanhamento da saúde infantil. O acesso avançado é uma forma de organização do serviço que permite que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção. Este sistema preconiza que os usuários sejam atendidos no mesmo dia ou em até 48 horas. (CIRINO *et al.*, 2020; CAJAZEIRAS *et al.*, 2019).

Em pesquisa realizada no estado de São Paulo, o excesso de demanda levou ao aumento da carga de trabalho, insatisfação e adoecimento dos trabalhadores, impactando no cuidado prestado (CIRINO *et al.*, 2020). Por outro lado, em estudos realizados em Fortaleza e São Paulo, apesar do acesso avançado ter aumentado a demanda de pacientes, houve maior adesão dos usuários à unidade de saúde (CAJAZEIRAS *et al.*, 2019; PIRES FILHO *et al.*, 2019).

Nos relatos deste estudo, observou-se que com acesso avançado houve a saída dos agentes comunitários de saúde do território, o que prejudicou a identificação dos riscos na comunidade e o desenvolvimento do vínculo com as famílias. Situação semelhante foi relatada em pesquisa realizada em unidades de saúde de Recife, onde os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis por fazer o primeiro acolhimento das demandas e posterior agendamento das consultas (LIMA; CORREIA, 2019).

Além da alta demanda de consultas, as equipes de saúde deste estudo sofrem com a falta de profissionais e a alta rotatividade. A sobrecarga de trabalho impede o acompanhamento adequado e busca ativa das crianças vulneráveis do território. Para a efetivação da atenção primária à saúde, como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado individual e coletivo de uma rede de atenção à saúde, é necessário um grande e articulado investimento nos recursos humanos, a fim de qualificar o processo de trabalho das equipes (COUTO *et al.*, 2019).

Outro aspecto observado neste estudo foi a dificuldade de acesso a atenção especializada. A regulação para o serviço especializado apresenta fluxos burocráticos e

demora significativa de atendimento. Essa dificuldade também foi encontrada nos serviços de saúde do Ceará, onde a necessidade de aperfeiçoamento dos processos de regulação assistencial especializada é reconhecida, inclusive no que se refere à necessidade de prontuários compartilhados, estratégias de acomodação mútua entre profissionais e qualificação das referências (ALMEIDA *et al.*, 2019).

A carência de um sistema de referência e contrarreferência eficiente também foi sinalizada como uma vulnerabilidade neste estudo devido a inexistência de um fluxo de encaminhamento entre o nível terciário e primário, prejudicando o acompanhamento das crianças. Uma pesquisa realizada em São Paulo, que analisou indicadores de atenção à saúde da criança, identificou a incipiente articulação com os serviços de referência e dificuldades de estabelecimento de fluxos que viabilizem o trabalho em rede para efetivação da integralidade da atenção à criança, de acordo com as diretrizes da PNAISC e do SUS (COUTO *et al.*, 2019).

Fragilidades nas ações intersetoriais foram identificadas pelos gestores deste estudo, que as reconhecem como fundamental para o atendimento integral à criança. O Programa Saúde na Escola não está funcionando de acordo com o preconizado, pois o financiamento foi prejudicado e por isso as parcerias com as escolas não estão mais estabelecidas.

A importância de ações conjuntas entre saúde e escola pode ser constatada em duas pesquisas realizadas em municípios brasileiros. Em Teresinha, foi possível evidenciar que a partir das atividades intersetoriais e multiprofissionais, o Programa Saúde na Escola garante a integralidade da assistência à saúde, atuando na busca ativa de possíveis agravos de saúde, prevenção, tratamento e a manutenção da saúde infantil (MARTINS *et al.*, 2020). Em Minas Gerais, destacou-se a importância da educação em saúde ser desenvolvida já nos primeiros anos, visto que as crianças se tornam multiplicadores dos conhecimentos para o seu meio social e que quanto mais cedo as ações educativas forem aplicadas, maior será o impacto positivo nas suas realidades (LENZA *et al.*, 2020).

O planejamento, supervisão e avaliação dos serviços de saúde é outro aspecto de vulnerabilidade institucional identificado no município do estudo. No entanto, isso não ocorre de forma sistemática porque os indicadores de saúde não são estruturados ou estão ausentes e não há um local para monitoramento. Sem dados precisos, os gestores não têm subsídios para as suas ações e nem as realizam em tempo hábil para a resolução dos problemas.

Uma revisão de literatura internacional evidenciou que avaliar o desempenho dos serviços e seu impacto na saúde da população oportuniza aos gestores que orientem a implantação, consolidação e reformulação das práticas da APS. No entanto, o estudo ressaltou

que os indicadores da APS são pouco empregados para nortear a tomada de decisões e a qualificação dos serviços e ações de saúde, visto que apenas monitorar não garante os avanços necessários (BORGES; SANTOS; SIMÕES, 2020).

Em relação a dimensão social da vulnerabilidade destaca-se, neste estudo, o baixo nível de escolaridade dos cuidadores, desemprego, baixa renda familiar, condições habitacionais precárias e a violência. Em estudo realizado em regiões do Sul do Brasil, a introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida esteve associada a alta vulnerabilidade socioeconômica e menor renda mensal familiar (DALLAZEN *et al.*, 2018).

Em uma pesquisa que analisou a vulnerabilidade de crianças em São Paulo, a interrupção dos estudos, a maternidade na adolescência, pouca oportunidade de emprego e incipiências na rede de apoio social foram apontadas como aspectos significativos de vulnerabilidade (MELLO *et al.*, 2014). Em estudo realizado no Paraná, a vulnerabilidade da criança foi influenciada pelos elos familiares fracos, pela dependência química e pela violência doméstica (SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014). Na Colômbia, quando o acesso aos serviços públicos, condições de moradia, educação e ocupação foram deficientes, houve incidência significativa de crianças com baixo peso (SOLARTE; CASTRO; CORREA, 2016).

As situações de vulnerabilidade social influenciam o desenvolvimento da criança, tanto no que tange aspectos físicos quanto psicológicos, uma vez que não se refere apenas às questões financeiras, mas também à falta de diversos recursos que favorecem o desenvolvimento humano como questões de higiene, acesso e permanência na escola, alimentação, cuidado e atenção de responsáveis (DILLENBURG *et al.*, 2017).

Na dimensão individual da vulnerabilidade, neste estudo, evidenciou-se a criança como ser vulnerável devido a imaturidade dos sistemas corporais que estão em formação e o seu processo de desenvolvimento. Ainda, considerou-se que a criança absorve todas as consequências do ambiente em que vive e é incapaz de se proteger da realidade que vivencia.

A vulnerabilidade individual considera que a criança pode ter prejuízos em seu desenvolvimento se ocorrer ausência ou insuficiência nas relações sustentadoras contínuas e/ou a falta ou insuficiência de proteção física e segurança. A falta ou insuficiência de proteção física e segurança, pode colocar em perigo a sobrevivência e o desenvolvimento infantil devido à falta de garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica. (SILVA *et al.*, 2013).

A presença do tráfico de drogas, nos territórios de vida das famílias vem sendo apontada pela literatura atual como aspecto que apresenta influência direta no cotidiano dessas famílias. Viver na presença de agravos físicos ou mentais, em especial na relação

pais/cuidadores x criança, pode apresentar um maior risco de perpetuação da violência (CARLOS *et al.*, 2020). Em pesquisa realizada no estado do Paraná, o caráter doméstico da violência sexual infantil foi constatado com 71,6% dos casos e 94,6% dos prováveis autores da violência são conhecidos ou próximos da criança ou da família (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Frente a discussão apresentada, a utilização do conceito de vulnerabilidade, seja ela institucional, social ou individual, no cotidiano profissional do enfermeiro e da equipe de saúde, permite uma análise crítica de suas práticas. A aplicação desse conceito no cuidado à criança propicia a reorientação do modelo assistencial e, portanto, a superação do conceito biológico e fragmentado de crescimento e desenvolvimento infantil.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo de caso único, integrado e explicativo evidenciou vulnerabilidades de dimensões individuais, sociais e institucionais. Os gestores centrais, locais e os docentes apresentaram relatos semelhantes permitindo a análise da vulnerabilidade infantil sob a ótica do referencial teórico de Ayres.

Os resultados evidenciam uma maior vulnerabilidade institucional no município de Florianópolis, que está relacionada a organização do serviço de atenção primária à saúde, dificuldade de assistência especializada, fragilidade para a contrarreferência e na intersetorialidade e inefetividade de sistemas de informação em saúde. As vulnerabilidades sociais envolvem as condições habitacionais, trabalho e renda, escolaridade, além de menor acesso aos serviços essenciais. E as vulnerabilidades individuais estão ligadas ao ser criança, estrutura e cultura familiar, os comportamentos de risco e a saúde física e mental dos cuidadores.

Analisar a vulnerabilidade infantil é uma ferramenta que possibilita a identificação de situações que exigem intervenção, permitindo a elaboração de estratégias eficazes para a redução de situações que expõem as crianças a riscos. Espera-se que os resultados desse estudo contribuam com gestores e profissionais de saúde, de modo a fomentar discussões sobre a vulnerabilidade infantil e promover mudanças em suas práticas neste e outros municípios, com vistas a aprimorar o cuidado à criança e reduzir as situações de vulnerabilidade.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, A.P. **Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment**. 2018. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

ARAÚJO, G. *et al.* Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná – Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 42-54, 2019.

AIRES, L.C.P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru**. 2015. 183p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527-39, 2019.

AYRES, J.R.C.M.; CASTELLANOS, M.E.P.; BAPTISTA, T.W.F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e sociedade**, v. 27, n. 1, 2018.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 121-43.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis**. 2017. 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

BORGES, J.P.A; SANTOS, L.A.; SIMÕES, A.L.A. Indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.7101-16, 2020.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8.069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8.069.htm). Acesso em: 20 jun 2018.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil,

Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8.080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8.080.htm). Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

CAJAZEIRAS, A.E.P.; SILVA, C.J.; FORTE, M.P.N. Implantação do acesso avançado por equipe de saúde de Fortaleza: um relato de experiência. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 13, n. 1, p. 105-12, 2019.

CARLOS, D.M. *et al.* “I don’t have it, I didn’t have it”: experiences of families involved in violence against children and adolescents. **REBEN**, v. 73, suppl. 4:e20190195, 2020.

CIRINO, F.M.S.B. *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.

COUTO, C. *et al.* Avaliação da saúde da criança em serviços de atenção primária e sua integração em rede no interior do estado de São Paulo/Brasil. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO, suplemento 1, 2019, Lisboa. **Anais do IHMT**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, p. 71-80.

DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

DILLENBURG, A.I. *et al.* Vulnerabilidade social e desenvolvimento infantil: um olhar a partir da teoria histórico cultural e da neurociência. **Revista Educação & Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 36, 2017.

FAJARDO, D.J. *et al.* Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto 2010-2012. **Universidad y Salud**, v. 19, n.2, p. 207-14, 2017.

FERRAZ, S.C.S. **Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura**: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens. 2019. 154p. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

FREU, C.M. **Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria:** proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico. 2019. 95p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

GEORGE, P.S. *et al.* Interface entre o cuidado à saúde da criança e a formação profissional: estudo original. **Online Braz J Nurs**, v. 19, n. 3, 2020.

JORDÃO, M.M. **Estratégias para a redução dos ruídos na unidade neonatal:** uma construção coletiva da enfermagem. 2016. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

KLOCK, P. **Gerência do cuidado de enfermagem:** incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. 2014. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

LEAL, M.C. *et al.* Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 12, 2017.

LEIVAS, P.H.S. *et al.* Associação da posição socioeconômica e da depressão materna com a saúde das crianças: avaliação da PNAD 2008, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1635-45, 2018.

LENZA, N. de F. B. *et al.* Ações de Educação em Saúde com crianças de uma escola municipal de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 1, p. 42-7, 2020.

LIMA, R.S.; CORREIA, I.B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019.

LUZ, J.P. **Educar - brincar - cuidar:** uma proposta problematizadora de ensino no brinquedo/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem. 2015. 293p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MARTINS, G.S. Programa saúde na escola: ação educativa promovendo a cultura preventiva no ambiente escolar: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, e4686, 2020.

MELLO, D.F. *et al.* Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 52-30, 2014.

PIRES FILHO, L.A.S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, v. 43, n. 121, 2019.

ROCHA, P.F.A. **Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral**. 2013. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ROMO, M.F.A.; BRAVO, N.C.; FERNANDÉZ, D.Y.B. Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 44, n. 1, p. 103-14, 2018.

RUOFF, A.B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos**. 2016. 186p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SANTOS, R.C.M. **Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico**. 2016. 126p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTOS, S.V. **Neonatal skin safe®: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados**. 2019. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

SCAPIN, S.C. **Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras: estudo clínico controlado não randomizado**. 2018. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SILVA, D.I. *et al.* Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1397-402, 2013.

SILVA, D.I.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, 2014.

SILVA, M.F. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas**. 2017. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SLEUTJES, F.C.M. *et al.* Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2713-20, 2018.

SOLARTE, M.E.V; CASTRO, L.M.C.; CORREA, M.P.C. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. **Universidad y Salud**, v. 18, n. 1, p. 113-25, 2016.

SONCINI, M.F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico**. 2015. 181p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

SOUZA, J.M. **Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica**. 2017. 309p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SOUZA, S. **Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica**. 2018. 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

TASCÓN, L.A.M. *et al.* Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. **Rev Chil Obstet Ginecol**, v. 81, n.5, p. 372-80, 2016.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano de Ensino da Disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano 4 – Mulher, Neonato, Criança e Adolescente”**. Florianópolis, 2019. 32p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2019/02/6f-INT5206-2019.1-O-Cuidado-no-Processo-de-Viver-Humano-4-Mulher-Neonato-Crian%C3%A7a-Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 jun 2019.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis, 2018. 127p.

Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Projeto-Pedag%C3%B3gico-do-Curso-Enfermagem-UFSC-2018.pdf>. Acesso em: 23 jul 2018.

VIEIRA, K.B.T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal**: uma construção coletiva. 2014. 133p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

YIN, R. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso único e integrado buscou evidenciar como se dá a análise da vulnerabilidade infantil, da formação à atuação profissional, na atenção primária à saúde de Florianópolis, Santa Catarina. A descrição sólida a respeito dos aspectos legais em relação ao público infantil, do contexto de vida e do atendimento a criança, e de como os gestores em saúde e os docentes em enfermagem identificam as situações de vulnerabilidade infantil, permitiu conhecer o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem em Florianópolis.

Em relação ao ensino da vulnerabilidade na formação do enfermeiro, os resultados mostraram que este se dá forma transversal ao compreender o ciclo de vida humano no processo saúde-doença. A saúde da criança é abordada de forma aprofundada durante um semestre específico, por meio de aulas teóricas e práticas, no contexto hospitalar e de atenção primária à saúde, considerando a criança inserida no âmbito familiar e comunitário.

Os resultados evidenciaram que os DSS presentes no contexto de vida das crianças relacionam-se a aspectos comportamentais, sociais e econômicos, sendo eles: o uso excessivo de tecnologias, famílias populosas, desestruturadas, de baixa renda e sem escolaridade, residindo em comunidades violentas, com moradias de difícil acesso e sem saneamento básico.

A análise e discussão das evidências deste estudo se amparam no referencial teórico da vulnerabilidade. Com base nos pressupostos desta teoria, pode-se concluir que, a análise da vulnerabilidade no município de Florianópolis, mostrou predomínio da dimensão institucional, relacionada a organização do serviço de atenção primária à saúde, dificuldade de assistência especializada, fragilidade na contrarreferência e na intersetorialidade e inefetividade de sistemas de informação em saúde. A dimensão social envolve as condições habitacionais, trabalho e renda, escolaridade, além de menor acesso aos serviços essenciais. E a dimensão individual envolveu questões ligadas ao ser criança, estrutura e cultura familiar, os comportamentos de risco e a saúde física e mental dos cuidadores.

Estas afirmações são sustentadas a partir do encadeamento das ideias formuladas durante o desenvolvimento do estudo. Neste sentido, a opção de se realizar um estudo de caso foi fundamental para o entendimento do fenômeno em estudo, pois o método permitiu um aprofundamento das vulnerabilidades infantis, possibilitando não somente se descrever sobre este fenômeno, mas também se criar explicação do por que ele ocorre.

Assim como o método, a adoção da vulnerabilidade como referencial teórico trouxe ferramentas para que as explicações criadas sobre o fenômeno estudado, em relação ao

contexto de vida das crianças, deixassem o universo inexprimível e pudessem ser descritas como uma realidade.

Assim, entende-se que a utilização destas ferramentas metodológicas oportunizou o alcance dos objetivos que corroboram com a tese inicial proposta, pois se demonstrou que conhecer os DSS infantil possibilita compreender o contexto no qual as crianças crescem e se desenvolvem, sendo a análise da vulnerabilidade uma ferramenta que possibilita a identificação de situações que exigem intervenção, permitindo a elaboração de estratégias eficazes para a redução de situações que expõem as crianças a riscos.

Apesar dos objetivos deste estudo terem sido alcançados, admite-se como limitação a escassa literatura produzida acerca da temática relacionada a análise da vulnerabilidade, sobretudo a infantil, que limitou a realização de comparações deste estudo com outros. Ainda, a indisponibilidade de dados epidemiológicos organizados e atualizados do município de Florianópolis impossibilitou análises mais amplas do contexto de vida das crianças. Este estudo também está restrito a um único contexto, o que limita a generalização dos seus resultados. Contudo, estudos de caso não utilizam a generalização de resultados como premissa metodológica, mas ele é generalizável às preposições teóricas, tendo como meta expandir e generalizar as teorias. O cenário pandêmico no qual foi realizado este estudo não permitiu entrevistas presenciais, interferindo na observação do contexto de trabalho dos participantes.

Acredita-se que os objetivos deste estudo possam ser propostos para outros contextos a fim de realizar outras análises de vulnerabilidade infantil em distintas realidades brasileiras. Recomendam-se novos estudos na área da vulnerabilidade infantil e de novas investigações que possam mapear áreas de vulnerabilidade a fim de auxiliar os gestores.

Com isso, conclui-se esta tese com a afirmação que este estudo foi extremamente enriquecedor para trazer respostas às inquietações iniciais sobre esta temática, permitindo reflexões acerca dos fatores que interferem na vulnerabilidade infantil, principalmente os relacionados a dimensão institucional. A ausência de apoio dos outros setores públicos precisa ser superada, para estarem, em conjunto, contribuindo com ações que busquem potencializar o cuidado as crianças vulneráveis. O ensino da vulnerabilidade infantil na formação do enfermeiro se mostrou fundamental para o desenvolvimento do pensamento crítico e o olhar sensibilizado para identificação e manejo das vulnerabilidades durante o processo de trabalho.

Espera-se que os resultados desse estudo contribuam com docentes e discentes de modo a fomentar discussões acerca da vulnerabilidade nos cursos de graduação e pós graduação, sobretudo a infantil, e direcionar o olhar dos discentes à essas questões. Ainda,

espera-se contribuir com enfermeiros, gestores e demais profissionais que atuam com o público infantil a fim de promover mudanças, com vistas a aprimorar o cuidado à criança e reduzir as situações de vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.P. **Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do empowerment**. 2018. 211p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

AIRES, L.C.P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfaces com a terceira etapa do método Canguru**. 2015. 183p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ALMEIDA, P.F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527-39, 2019.

ANDRÉ, H.P. *et al.* Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1159-67, 2018.

ARAUJO, G. *et al.* Determinantes da violência sexual infantil no estado do Paraná – Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. 42-54, 2019.

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **REBEN**, v. 67, n. 6, p.1000-7, 2014.

ARAÚJO, T.S. *et al.* Desnutrição infantil em um dos municípios de maior risco nutricional do Brasil: estudo de base populacional na Amazônia Ocidental Brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 554-66, 2016.

ASSIS, S.G. Infância e longevidade: vulnerabilidades, continuidades e descontinuidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, 2018.

AYRES, J.R.C.M.; CASTELLANOS, M.E.P.; BAPTISTA, T.W.F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e sociedade**, v. 27, n.1, 2018.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p.113-28, 2003.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 121-43.

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**, v. 96, n. 6, 2006.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Health Care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 67-81, 2012.

AYRES, J.R.C.M. Raça como conceito emancipador e vulnerabilidade como norte para políticas de equidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 497-523, 2007.

AYRES, J.R.C.M. Saúde e emancipação no Século XXI: reificação e vulnerabilidade no contexto das cibertecnologias. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 983-7, 2015.

BARCELOS, R.S. *et al.* Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00139115, 2017.

BARROS, D.B; MACHADO, M.M.T. A importância da gestão em saúde. **Revista da Saúde da Criança e do Adolescente**, v. 3, n. 1, p. 9-13, 2011.

BATALHA, M.A. *et al.* Processed and ultra-processed food consumption among children aged 13 to 35 months and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 2017.

BERNARD, J.Y. *et al.* Predictors of screen viewing time in young Singaporean children: the GUSTO cohort. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 14, 2017.

BISPO, T.C.F; CARDOSO, A.C.C. Vulnerabilidade e saúde. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 182-3, 2016.

BORCK, M. **Cuidado compartilhado do método canguru na atenção básica de saúde em Florianópolis**. 2017. 232p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

BORGES, J.P.A; SANTOS, L.A.; SIMÕES, A.L.A. Indicadores de qualidade na assistência à saúde da criança na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of health Review**, Curitiba, v. 3, n. 3, p.7101-16, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8.069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8.069.htm). Acesso em: 20 jun 2018.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8.080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8.080.htm). Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Painéis de Monitoramento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/>. Acesso em: 22 ago 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Painéis de Monitoramento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/>. Acesso em: 12 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de 165 compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CIT n. 10, de 8 de dezembro de 2016.** Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2016. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/RESOLUCAO-N\\_10\\_16.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/RESOLUCAO-N_10_16.pdf) Acesso em: 4 jun 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

CAJAZEIRAS, A.E.P.; SILVA, C.J.; FORTE, M.P.N. Implantação do acesso avançado por equipe de saúde de Fortaleza: um relato de experiência. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 13, n. 1, p. 105-12, 2019.

CALAZANS, G.J.; PINHEIRO, T.F.; AYRES, J.R.C.M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 29, p. 263-93, 2018.

CARLOS, D.M. *et al.* “I don’t have it, I didn’t have it”: experiences of families involved in violence against children and adolescents. **REBEN**, v. 73, suppl. 4:e20190195, 2020.

CARNEIRO, V.B. *et al.* Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 4, 360-71, 2016.

CARVALHO, C.A. *et al.* Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3699-709, 2017.

CARVALHO, D.P.S.R.P. *et al.* Mensuração do pensamento crítico geral em estudantes de cursos de graduação em enfermagem: estudo experimental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2019.

CEBALLOS, A.G.C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20p.

CIRINO, F.M.S.B. *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, 2020.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa perfil da Enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 25 ago 2018.

COUTO, C. *et al.* Avaliação da saúde da criança em serviços de atenção primária e sua integração em rede no interior do estado de São Paulo/Brasil. In: III ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO, suplemento 1, 2019, Lisboa. **Anais do IHMT**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, p. 71-80.

DALLAZEN, C. *et al.* Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018.

DILLENBURG, A.I. *et al.* Vulnerabilidade social e desenvolvimento infantil: um olhar a partir da teoria histórico cultural e da neurociência. **Revista Educação & Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 36, 2017.

ESCOSTEGUY, C.C.; PEREIRA, G.L.A; MEDRONHO, A.R. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p.3365-79, 2017.

ESKENAZI, E. M. S. Fatores socioeconômicos associados à obesidade infantil em escolares do município de Carapicuíba (SP, Brasil). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 247-254, 2018.

FAJARDO, D.J. *et al.* Determinantes sociodemográficos y clínicos asociados a mortalidad fetal intrauterina en el municipio de Pasto 2010-2012. **Universidad y Salud**, v. 19, n.2, p. 207-14, 2017.

FERANDES, E.C.B.; CASTRO, T.G.; SARTORELLI, D.S. Associated factors of malnutrition among African children under five years old, Bom Jesus, Angola. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 1, p. 33-44, 2017.

FERNANDES, J.R.F. *et al.* Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador em saúde no cenário de IETC. **Revista da JOPIC**, v. 2, n. 4, 2019.

FERRAZ, S.C.S. **Tecnologias de Enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens.** 2019. 154p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 96-107, 2002.

FILHO, A.C.A.A. *et al.* Aspectos epidemiológicos da mortalidade infantil em um estado do Nordeste do Brasil. **Enfermería Global**, n. 49, p. 458-467, 2017.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Banco de dados TABNET.** 2020. Disponível em:  
<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=banco+de+dados+tabnet&menu=5&submenuid=152>. Acesso em: 23 set 2020.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Secretaria Municipal de Saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php>. Acesso em: 23 jul 2019.

FREU, C.M. **Terapia pela cor no manejo da dor em pediatria**: proposta de desenvolvimento de especificação para um protótipo de dispositivo eletrônico. 2019. 95p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). **Declaração universal dos direitos das crianças**. 1959. Disponível em: [http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf). Acesso em: 17 jul 2018.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, New York, v.10, n.11, p.1-11, 1987.

GEORGE, P.S. *et al.* Interface entre o cuidado à saúde da criança e a formação profissional: estudo original. **Online Braz J Nurs**, v. 19, n. 3, 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, A.T. *et al.* Excesso de peso e fatores associados em pré-escolares do sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 2, p. 375-383, 2017.

GUERRIERO, I.; AYRES, J.R.C.M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 50-60, 2002.

GUIMARÃES, R.M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1407-16, 2017.

HORTA, T.G. *et al.* Association between maternal socioeconomic factors and nutritional outcomes in children under 5 years of age. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 574-80, 2016.

HUDA, T.M. *et al.* The importance of intersectoral factors in promoting equity-oriented universal health coverage: a multilevel analysis of social determinants affecting neonatal infant and under-five mortality in Bangladesh. **Global Health Action**, v. 9, e:29741, 2016.

IMADA, K.S. *et al.* Fatores socioeconômicos, higiênicos e de saneamento na redução de diarreia. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis>. Acesso em: 23 jun 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis>. Acesso em: 15 jul 2020.

JACOB, L.M.S. *et al.* Ações educativas para promoção da saúde na escola: revisão integrativa. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 419-26, 2019.

JORDÃO, M.M. **Estratégias para a redução dos ruídos na unidade neonatal: uma construção coletiva da enfermagem**. 2016. 124p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

KELISHADI, R. *et al.* Socioeconomic inequality in childhood obesity and its determinants: a Blinder-Oaxaca decomposition. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 2, p. 131-9, 2018.

KLOCK, P. **Gerência do cuidado de enfermagem: incorporando melhores práticas em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. 2014. 210p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

LEAL, M.C. *et al.* Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 12, 2017.

LEIVAS, P.H.S. *et al.* Associação da posição socioeconômica e da depressão materna com a saúde das crianças: avaliação da PNAD 2008, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1635-45, 2018.

LENZA, N. de F. B. *et al.* Ações de Educação em Saúde com crianças de uma escola municipal de uma cidade do interior de Minas Gerais. **Revista Atenas Higeia**, v. 2, n. 1, p. 42-7, 2020.

LIMA, D.B.; DAMIANI, L.P.; FUJIMORI, E. Deficiência de vitamina A em crianças brasileiras e variáveis associadas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 176-85, 2018.

LIMA, R.S.; CORREIA, I.B. Reorganização da agenda e do modelo de acesso em Unidade de Saúde da Família 24 horas: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, 2019.

LOBATO, L.V.C. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LORENZETTI, J. *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 417-25, 2014.

LOPES, F.; BUCHALLA, C.M.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. supl. 2, p. 39-46, 2007.

LUZ, J.P. **Educar-brincar-cuidar**: uma proposta problematizadora de ensino no brinqueado/brinquedo terapêutico para o curso de graduação em enfermagem. 2015. 293p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MALTA, D.C. Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, 2019.

MARINHO, C.S.R. *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, 2020.

MARTINS, G.S. Programa saúde na escola: ação educativa promovendo a cultura preventiva no ambiente escolar: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, e4686, 2020.

MELLO, D.F. *et al.* Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 52-30, 2014.

MESSIAS, M.C.M.C. *et al.* O acadêmico de enfermagem e o cuidado em pediatria: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 49, 2019.

MILBRATH, V.M. *et al.* Direitos das crianças com necessidades especiais: situações de vulnerabilidade das famílias. **J Nurs Health**, v. 1, n. 1, p. 27-37, 2016.

MOREIRA, M.E.F.H. *et al.* Determinantes socioeconômicos e gestacionais do peso ao nascer. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 50, n. 2, 83-90, 2017.

MUKABUTERA, A. *et al.* Rainfall variation and child health: effect of rainfall on diarrhea among under 5 children in Rwanda, 2010. **BMC Public Health**, v. 16, p. 731-40, 2016.

NETA, I.S.S; MEDEIROS, M.S; GONÇALVES, M.J.F. Vigilância da saúde orientada às condições de vida da população: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p.307-17, 2018.

NICOLAU, S.M.; SCHRAIBER, L.B.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.3, p. 863-72, 2013.

NOBRE, L.N. *et al.* Anemia ferropriva entre pré-escolares do município de Diamantina, Minas Gerais e fatores a-ssociados. **Revista de Nutrição.**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 185-96, 2017.

NOVAES, T.G. *et al.* Prevalência e fatores associados à anemia em crianças de creches: uma análise hierarquizada. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 3, p. 281-88, 2017.

OLIVEIRA, C.M; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 255-67, 2015.

OLIVEIRA, M.N.D. *et al.* Características dos óbitos infantis em um município de médio porte da região Nordeste do Brasil. **J. Health Biol Sci**, v. 5, n. 2, p. 160-4, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro: ONU, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio\\_political\\_declaration\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf). Acesso em: 01 out 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (ONU). **Unicef: relatório aponta 10 países com maiores taxas de mortalidade infantil**. New York: ONU, 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/02/1611481>. Acesso em: 20 jul 2020.

PEDRAZA, D.F.; SALES, M.C.; MENEZES, T.N. Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do Estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, 935-45, 2016.

PEREIRA, I.F.S. *et al.* Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n.10, p. 3341-52, 2017.

PIRES FILHO, L.A.S. *et al.* Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. **Saúde Debate**, v. 43, n. 121, 2019.

PROTANO, C. *et al.* Family-based social determinants and child health: cross-sectional study. **Pediatrics International**, v. 59, n. 2, p. 201-8, 2017.

RIBEIRO, M.G.C. *et al.* Social determinants of health associated with childhood accidents at home: an integrative review. **REBEN**, v. 72, n. 1, p. 265-72, 2019.

ROCHA, P.F.A. **Rotinas de cuidado das famílias de crianças com paralisia cerebral**. 2013. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-35, 2015.

ROMO, M.F.A.; BRAVO, N.C.; FERNANDÉZ, D.Y.B. Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 44, n. 1, p. 103-14, 2018.

RUOFF, A.B.; ANDRADE, S.R.; SCHMITT, M.D. Atividades desenvolvidas pelos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, e67342, 2017.

RUOFF, A.B. **Comitê de prevenção de óbito infantil e fetal: perspectiva interinstitucional para análise da evitabilidade dos óbitos**. 2016. 186p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

SALDAN, P.C. *et al.* Consumo de leites em menores de um ano de idade e variáveis associadas ao consumo de leite não materno. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 4, p. 407-14, 2017.

SANTOS, D.F.B. *et al.* Implicações da pouca preocupação e percepção familiar no sobrepeso infantil no município de Curitiba, PR, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n. 5, p. 1717-24, 2017a.

SANTOS, E.P. *et al.* Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p.390-8, 2016.

SANTOS, N.C.C.B. *et al.* Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.1, e00014216, 2018.

SANTOS, M.P. *et al.* Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 69-78, 2017b.

SANTOS, R.C.M. **Sistematização da assistência de enfermagem: construção de um modelo para o processo de enfermagem em um hospital pediátrico**. 2016. 126p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da

Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2016.

SANTOS, S.V. **Neonatal skin safe®**: aplicativo móvel de apoio à decisão de enfermeiros na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos internados. 2019. 335p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

SCAPIN, S.C. **Realidade virtual como terapia complementar na recuperação de crianças e adolescentes que sofreram queimaduras**: estudo clínico controlado não randomizado. 2018. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SILVA, A.T.P. *et al.* Cumprimento do esquema vacinal em crianças internadas por pneumonia e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018b.

SILVA, D.I. *et al.* Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1397-402, 2013.

SILVA, D.I. *et al.* Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 58-66, 2015.

SILVA, D.I.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência dos elos familiares fracos, dependência química e violência doméstica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, 2014.

SILVA, D.I.; VERÍSSIMO, M.L.O.R.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015.

SILVA, F.S. *et al.* Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.3, 2018a.

SILVA, J.S. *et al.* Os determinantes sociais do sofrimento mental infantil. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 164-9, 2020.

SILVA, M.F. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas**. 2017. 189p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SILVEIRA, A. Núcleo de estudo e pesquisa criança, adolescente e família: vivências na graduação de enfermagem. **Revista Varia Scientia**, v. 5, n. 2, 2019.

SIQUEIRA, A.C.; FREIRE, C.O. A influência da tecnologia no desenvolvimento infantil. **Revista FAROL**, v. 8, n. 8, p. 22-39, 2019.

SLEUTJES, F.C.M. *et al.* Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 2713-20, 2018.

SONCINI, M.F. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para a prevenção de incidentes na via intravenosa: implicações para a segurança do paciente pediátrico.** 2015. 181p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

SOUZA, J.M. **Práticas de promoção da saúde para o empowerment das famílias ao desenvolvimento de crianças prematuras, na perspectiva ecológica.** 2017. 309p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SOUZA, K.; CUNHA, M.X.C. Impactos do uso das redes sociais virtuais na saúde mental dos adolescentes: uma revisão sistemática da literatura. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 3, n. 3, p. 204-17, 2019.

SOUZA, S.N.D.H.; MELLO, A.F.; AYRES, J.R.C.M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1186-94, 2013.

SOUZA, S. **Piccped®: construção de um aplicativo móvel para segurança do paciente pediátrico na manutenção do cateter central de inserção periférica.** 2018. 139p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

SOLARTE, M.E.V; CASTRO, L.M.C.; CORREA, M.P.C. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. **Universidad y Salud**, v. 18, n. 1, p. 113-25, 2016.

STÁBILE, A.P. *et al.* Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 22, n. 1, p. 31-41, 2013.

SUMIYA, L.A.; CRAVEIRO, S. O desafio da ampliação de vagas em creches: os diferentes mecanismos de gestão da Prefeitura de São Paulo. **Revista @ambienteeducação**, v. 13, n. 1, p. 133-54, 2020.

TASCÓN, L.A.M. *et al.* Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. **Rev Chil Obstet Ginecol**, v. 81, n.5, p. 372-80, 2016.

TAVARES, L.T. *et al.* Mortalidade infantil por causas evitáveis na Bahia, 2000-2012. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.10, n.3, 2016.

TELES, M.G. *et al.* Simulação clínica no ensino de Enfermagem pediátrica: percepção de estudantes. **REBEN.**, v. 73, n. 2, 2020.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem**. Florianópolis, 2018. 127p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2018/11/Projeto-Pedag%C3%B3gico-do-Curso-Enfermagem-UFSC-2018.pdf>. Acesso em: 23 jul 2018.

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. **Plano de Ensino da Disciplina “O Cuidado no Processo de Viver Humano 4 – Mulher, Neonato, Criança e Adolescente”**. Florianópolis, 2019b. 32p. Disponível em: <https://enfermagem.paginas.ufsc.br/files/2019/02/6f-INT5206-2019.1-O-Cuidado-no-Processo-de-Viver-Humano-4-Mulher-Neonato-Crian%C3%A7a-Adolescente.pdf>. Acesso em: 18 jun 2019.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Estrutura da UFSC**. Florianópolis, 2019a. Disponível em: <https://estrutura.ufsc.br/>. Aceso em: 23 jul 2018.

VASCONCELOS, M.J.O.B. *et al.* Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 48, 2018.

VAZ, F.P.C.; NASCIMENTO, L.F.C. Spatial distribution for diarrhea hospitalization in São Paulo State. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 3, p. 475-82, 2017.

VIANNA, R.C.X.F. *et al.* Perfil da mortalidade infantil nas Macrorregionais de Saúde de um estado do Sul do Brasil, no triênio 2012–2014. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 17, n. 2, p. 32-40, 2016.

VIEIRA, J.A.; ROSA, S.S. A Judicialização do acesso à creche: desafios para um atendimento com qualidade. **Revista de Estudos Aplicados em Educação**, v. 5, n. 9, 2020.

VIEIRA, K.B.T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma construção coletiva**. 2014. 133p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2014.

VIEIRA, S.L. *et al.* Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. supl. 1, 2020.

YAKUWA, M.S.; NEILL, S.; MELLO, D.F. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3007, 2018.

YIN, R. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

**APÊNDICE A – Quadro de estudos da Revisão Integrativa de Literatura com os indicadores de saúde relacionados**

| Autor/Ano                             | Objetivo  | Determinantes sociais de saúde   | Indicadores de saúde  |
|---------------------------------------|---|--|---|
| LEAL <i>et al.</i> ,<br>2017          | Identificar os determinantes sociais, demográficos, da saúde reprodutiva e de utilização dos serviços de saúde associados ao óbito infantil em municípios de pequeno e médio porte das regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. | Idade, cor da pele, escolaridade materna, situação conjugal, hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica, rede geral de abastecimento de água, rede geral de esgoto ou pluvial ou fossa séptica e coleta de lixo direta ou indireta, história de aborto; de perdas fetais ou infantis; partos anteriores sem perdas; primigesta, internação durante a gestação, gestantes de risco ou não e adequação da atenção pré-natal, vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal, necessidade de busca de mais de um serviço no momento da internação para o parto e quem realizou o parto. | Taxa de mortalidade infantil<br><br>Níveis de escolaridade<br><br>Cobertura de consultas de pré-natal |
| FAJARDO <i>et al.</i> ,<br>2017       | Analisar os determinantes sociodemográficos e clínicos associados a mortalidade fetal intrauterina em Pasto-Colômbia  | Complicações da gravidez, idade gestacional, peso ao nascer, exames pré-natais, registros obstétricos, tóxicos ou abortivos, idade, etnia, ocupação, estado civil, estrato, residência, escolaridade, paridade, condição de deslocamento, gravidez planejada.  | Taxa de mortalidade perinatal<br><br>Cobertura de consultas de pré-natal                              |
| ROMO;<br>BRAVO;<br>FERNANDÉZ,<br>2018 | Analisar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e o excesso de peso em crianças menores de seis anos.   | Sexo, idade, semanas de gestação, peso ao nascer e idade dos pais, ambiente da criança, número de irmãos, residência, tipo de nutrição, nível socioeconômico e ocupação dos pais e tipo de serviços de saúde (público ou privado).   | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| TASCÓN <i>et al.</i> ,<br>2016        | Descrever a prevalência de prematuridade e seus determinantes em uma população de gestantes adolescentes e adultas, que tiveram seu único ou último parto na Fundação Hospital San José de  | Idade materna, origem, área de residência (urbana ou rural), número de gravidez, número de nascimentos vivo, número de consultas pré-natais, tipo de parto, período interpartal, nível de escolaridade materna, etnia, segurança social em saúde,  | Taxa de mortalidade infantil  |

|                                     |  |   |   |
|-------------------------------------|--|---|---|
|                                     | Buga, Colômbia, entre os anos de 2010 a 2015.  | estado civil materno.   |   |
| SOLARTE;<br>CASTRO;<br>CORREA, 2016 | Estabelecer o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos da comunidade de Resguardo Yunguillo e da Red Unidos do município de Mocoa em 2014 e sua relação com os determinantes sociais | Sexo, programa alimentar, escolaridade materna e paterna  | Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade<br><br>Taxa de prevalência de excesso de peso |
| SLEUTJES <i>et al.</i> , 2018       | Identificar os fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista   | Escolaridade e idade materna, óbito infantil anterior e número de filhos vivos, tipo de gravidez, número de consultas pré-natais, tipo de parto e idade gestacional no momento do parto, peso ao nascer e índice de Apgar no primeiro minuto de vida.   | Taxa de mortalidade neonatal precoce<br><br>Taxa de mortalidade neonatal tardia   |
| SANTOS <i>et al.</i> , 2017a        | Relacionar o sobrepeso infantil com a percepção familiar da silhueta da criança e a preocupação com o excesso de peso na infância.   | Sexo, faixa etária da criança, renda familiar e preocupação familiar.   | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| PEREIRA <i>et al.</i> , 2017        | Avaliar o estado nutricional de crianças menores de 5 anos no Brasil no ano de 2009, o associando aos fatores sociais e demográficos.  | Sexo, idade, cor/raça, situação de domicílio, renda familiar mensal per capita em salários mínimos.   | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| ANDRÉ <i>et al.</i> , 2018          | Revisar os indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras menores de 5 anos.  | Sexo masculino, idade inferior aos 24 meses, filhos de mães adolescentes, infecções respiratórias, diarreias, baixa escolaridade materna, condição de trabalho dos pais, tempo de creche, ausência de saneamento básico, anemia materna, não uso de sulfato ferroso pela mãe e/ou criança e início tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, características da dieta como, hábito de ingerir leite próximo dos horários das refeições, baixo tempo de aleitamento materno exclusivo e total e baixa renda per capita. | Prevalência de anemia ferropriva<br><br>Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade       |
| VASCONCELOS                         | Descrever e comparar variações dos fatores   | Área urbana ou rural, abastecimento de água, esgotamento  | Mortalidade proporcional por  |

|                                     |   |  |   |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <i>et al.</i> , 2018                | associados à prevalência de diarreia em menores de cinco anos no estado de Pernambuco.  | sanitário, tratamento da água de beber, destino do lixo, tipo de piso, tipo de parede, número de pessoas por cômodo, número de pessoas por dormitório, posse de geladeira, visita do agente comunitário de saúde e renda familiar per capita, idade materna, condição de trabalho e escolaridade materna, peso ao nascer, estado nutricional e amamentação.  | doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade  |
| SILVA <i>et al.</i> , 2018          | Verificar a adequação e os fatores associados ao cumprimento do esquema vacinal (BCG, DTP-Hib, SCR, VCP-10) em crianças internadas com pneumonia em um hospital de referência pediátrica no Nordeste do Brasil  | Idade materna, escolaridade materna, trabalho materno, renda familiar, aglomeração domiciliar e tabagismo na residência, idade da criança em meses, sexo, peso ao nascer, prematuridade e aleitamento materno.   | Cobertura vacinal   |
| LIMA;<br>DAMIANI;<br>FUJIMORI, 2018 | Analisar variáveis associadas à deficiência de vitamina A (DVA) em crianças brasileiras de 6 a 59 meses de idade, considerando um modelo hierárquico de determinação.   | Zona de residência, classe econômica, renda per capita, idade materna, escolaridade materna, segurança alimentar, consumo alimentar dos últimos sete dias, idade da criança, sexo, amamentada alguma vez, aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno total, suplementação de vitamina A e ferro, internação nos últimos 12 meses, presença de anemia e o estado nutricional.   | Prevalência de deficiência de vitamina A<br><br>Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade |
| SILVA <i>et al.</i> , 2018          | Estimar percentuais de incompletude vacinal e fatores associados ao esquema vacinal para novas vacinas (EVNV) e esquema vacinal para antigas vacinas (EVAV) em crianças de 13 a 35 meses de idade de uma coorte de nascimento em São Luís, Maranhão, Brasil | Idade materna, cor da pele materna, classe econômica da família, escolaridade materna, número de atividades desenvolvidas pela mãe, número de irmãos da criança residentes no domicílio, sexo da criança, idade da criança, cadastro da criança no Programa Bolsa Família, situação conjugal, planejamento da gravidez, nascimento com baixo peso e/ou pré-termo, hábito de fumar materno, consumo de bebida alcoólica pela mãe, nova gestação no primeiro ano após o nascimento da criança em estudo, trimestre de início do pré-natal, número de consultas realizadas no pré-natal, local onde foi realizado o pré-natal, visita do agente comunitário de saúde (ACS) durante a gestação atendimento da ESF durante a gestação, cadastro na ESF, posse de plano de saúde pela criança, utilização de serviço de internação | Cobertura vacinal   |

|                               |  |  |   |
|-------------------------------|--|--|---|
|                               |  | hospitalar, ambulatorial ou de vacinação pela criança  |   |
| DALLAZEN <i>et al.</i> , 2018 | Identificar os fatores associados à introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida, entre crianças residentes em municípios de baixo nível socioeconômico.                   | Acompanhamento da criança na UBS desde o nascimento, idade materna, situação conjugal materna, cor da pele materna, paridade materna, escolaridade materna, ocupação materna, aglomeração e renda mensal familiar  | Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade<br><br>Taxa de prevalência de excesso de peso |
| SALDAN <i>et al.</i> , 2017   | Verificar o tipo de leite consumido por crianças menores de um ano de idade e identificar variáveis associadas ao consumo de leite não materno (LNM) — fórmula infantil ou leite de vaca (LV). | Idade materna, primiparidade, escolaridade materna, trabalho materno, reside com o pai da criança, área de residência, serviço de saúde que a criança frequenta e participa do programa estadual Leite das Crianças (PLC).   | Taxa de prevalência de aleitamento materno<br><br>Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo  |
| BATALHA <i>et al.</i> , 2017  | Avaliar o consumo de alimentos processados e ultraprocessados entre crianças de 13 a 35 meses e seus fatores associados.   | idade materna, escolaridade materna, situação conjugal, atividade remunerada materna, número de pessoas que residem na casa, classe socioeconômica da família, gênero infantil, idade da criança, beneficiário do programa Bolsa Família, cadastrados na Estratégia Saúde da Família, hábito de fumar materno, hábito alcoólico materno, paridade, peso ao nascer da criança, tempo de introdução de sólidos e semi-sólidos na dieta da criança e índice de massa corporal materno | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| CARVALHO <i>et al.</i> , 2017 | Avaliar os fatores associados ao consumo de leite materno (LM), fórmulas lácteas (FL) e leite de vaca (LV)   | Renda familiar, idade materna, escolaridade materna, escolaridade do chefe de família, trabalho materno, peso ao nascer, uso de chupeta e número de consultas pré-natal.   | Taxa de prevalência de aleitamento materno<br><br>Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo  |
| OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2017 | Verificar a associação entre condições socioeconômicas, condutas e conhecimentos maternos com a sua autoeficácia para prevenção  | Idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda familiar, tipo de abastecimento hídrico, coleta de esgoto, de lixo,   | Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em  |

|                                  | de diarreia infantil.  | ocorrência de diarreia na criança  | menores de 5 anos de idade  |
|----------------------------------|--|--|---|
| NOVAES <i>et al.</i> ,<br>2017   | Determinar a prevalência e os fatores associados à anemia em crianças menores de cinco anos assistidas em creches públicas de um município no sudoeste da Bahia.   | Renda familiar, número de moradores no domicílio, escolaridade paterna, rede de esgoto, escolaridade materna, instalação sanitária, coleta de lixo, água filtrada, idade materna, aleitamento materno, número de filhos, aleitamento materno exclusivo, número de filhos <5 anos, uso de suplemento de ferro, pré-natal, tipo de parto, sexo e idade da criança, peso ao nascer, hospitalização anterior, cor da pele da criança, índice estatura/idade e idade gestacional ao nascer. | Prevalência de anemia ferropriva<br><br>Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade |
| VAZ;<br>NASCIMENTO,<br>2017.     | Identificar padrões espaciais nas taxas de hospitalização de crianças com diarreia nos municípios do Estado de São Paulo.  | Renda, índice de desenvolvimento humano, abastecimento de água, saneamento básico, coleta de lixo e escolaridade materna   | Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade   |
| GOMES <i>et al.</i> ,<br>2017    | Avaliar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em pré-escolares do sudoeste da Bahia.  | Idade materna, situação conjugal, número de filhos, escolaridade materna e paterna, renda familiar, idade da criança, sexo da criança, etnia referida pela mãe, tipo de parto, peso ao nascer, recebeu aleitamento materno, duração de aleitamento materno exclusivo, tipo de creche, tempo que a criança frequentava a creche, adequação do consumo de lipídeo, carboidrato e proteína oferecidos nas creches.  | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| BARCELOS <i>et al.</i> ,<br>2017 | Descrever a incidência de quedas, cortes e queimaduras, até os quatro anos de idade, conforme nível econômico da família e idade e escolaridade maternas, entre as crianças da coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004 | Idade materna, escolaridade materna, índice econômico da família   | Taxa de mortalidade específica por causas externas  |
| SANTOS <i>et al.</i> ,<br>2017b  | Sumarizar estudos brasileiros que analisaram os fatores de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) antes dos seis meses  | Peso ao nascer, uso de chupeta, tipo de parto, idade e escolaridade materna, paridade e situação de trabalho materno   | Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | de vida da criança.   |   |   |
| NOBRE <i>et al.</i> ,<br>2017               | Estudar a prevalência de depleção de ferro e anemia ferropriva em pré-escolares e conhecer seus fatores associados.   | Sexo, renda domiciliar per capita, nível de escolaridade materna, presença de parasitas intestinais e hábitos alimentares   | Prevalência de anemia ferropriva  |
| FERANDES;<br>CASTRO;<br>SARTORELLI,<br>2017 | Identificar os determinantes dos deficit estatural (índice altura/idade) e ponderal (índice peso/altura) entre crianças menores de cinco anos da Comuna de Bom Jesus, Angola                  | Sexo, tipo de domicílio, abastecimento de água, presença de parasitas intestinais, idade materna, número de filhos, presença do pai   | Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade   |
| HORTA <i>et al.</i> ,<br>2016               | Estimar a associação entre fatores socioeconômicos maternos e a ocorrência de desfechos nutricionais nas crianças menores de cinco anos em uma amostra representativa da população brasileira | Idade materna, estado, amamentação, área de residência, número de filhos e o índice de massa corporal materno   | Taxa de prevalência de excesso de peso<br><br>Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade |
| ARAÚJO <i>et al.</i> ,<br>2016              | Estimar a prevalência de desnutrição infantil e fatores associados em um município de elevado risco nutricional do Brasil   | Local de moradia, tercil do índice de riqueza, escolaridade materna, tipo de domicílio, número de cômodos do domicílio, altura da mãe em quartis, índice de massa corporal materno, número de gestações, esquema vacinal em dia, consulta pré-natal, acompanhamento pelo serviço de saúde, aleitamento materno e dieta complementar           | Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade   |
| PEDRAZA;<br>SALES;<br>MNEZES, 2016          | Examinar fatores associados ao déficit de estatura em crianças assistidas em creches do Estado da Paraíba, incluindo a deficiência de zinco   | Sexo, idade, presença de morbidade, hospitalização, peso ao nascer, estado nutricional de zinco, número de consultas de pré-natal, esquema de vacinação, idade das mães (em anos), estatura/idade das mães, IMC materno, tipo de casa, número de cômodos no Domicílio, número de indivíduos por domicílio e renda familiar mensal per capita. | Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade   |
| MUKABUTERA                                  | Examinar a associação entre os padrões  | Idade da criança, sexo, uso de medicação de desparasitação  | Mortalidade proporcional por  |

|                              |   |  |   |
|------------------------------|---|--|---|
| <i>et al.</i> , 2016         | pluviométricos de Ruanda e a diarreia infantil e o impacto das variáveis de saneamento domiciliar nessa relação.  | nos últimos 6 meses, idade materna, status de emprego, escolaridade materna, local de moradia, número de crianças menores de cinco anos, quintil de riqueza, acesso fácil à água, qualidade de água potável, qualidade do banheiro, eliminação de fezes, banheiro compartilhado.   | doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade  |
| PROTANO <i>et al.</i> , 2017 | Avaliar a associação entre urbanização de área residencial, nível de escolaridade dos pais, status de emprego, sobrepeso / obesidade, atividade física e exposição à fumaça ambiental de tabaco (FAT), em uma amostra de escolares saudáveis em idade escolar (5-11 anos).  | Urbanização de área residencial, nível de escolaridade dos pais, status de emprego, sobrepeso / obesidade, atividade física e exposição à fumaça ambiental de tabaco.  | Taxa de prevalência de excesso de peso  |
| HUDA <i>et al.</i> , 2016    | Examinar diferenciais de mortalidade em crianças de diferentes grupos etários por determinantes sociais essenciais da saúde (DSS), incluindo educação e emprego dos pais, nível de autonomia da mãe, idade, índice de ativos, condições de vida (utilitários) e outros fatores geográficos contextuais (área de residência, condições da estrada) | Idade materna ao nascimento, vínculo empregatício, escolaridade dos pais, participação da mãe na tomada de decisão nos processos de saúde infantil, acesso à água potável, cozimento seguro e energia segura, pontuação de ativos domésticos, condição da estrada de acesso principal da aldeia e área de residência e região.                                     | Taxa de mortalidade em menores de cinco anos<br>Taxa de mortalidade infantil<br>Taxa de mortalidade neonatal precoce<br>Taxa de mortalidade neonatal tardia |
| IMADA <i>et al.</i> , 2016   | Analisar as contribuições das melhorias socioeconômicas, higiênicas e de saneamento na redução da prevalência de diarreia em uma cidade na Amazônia.  | Presença de energia elétrica, benefício do Programa Bolsa Família, escolaridade materna, renda familiar, tipo de material da construção da residência, da cobertura e do piso, total de cômodos, período de introdução de leite de vaca, local de nascimento, tipo de vaso sanitário no domicílio, destino do lixo, tipo de tratamento realizado na água de beber. | Mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos de idade   |

**APÊNDICE B – Ementa dos documentos legais referentes à saúde materno-infantil, por ordem cronológica**

| <b>Documento</b>   | <b>Ementa</b>  |
|--|--|
| <b>1988-2000</b>   |  |
| Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.  | A licença-maternidade foi definida como um benefício de caráter previdenciário que consiste em conceder à mulher que deu à luz licença remunerada de 120 dias.   |
| Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.  | Dispôs sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente que integrou o recém-nascido nas preocupações no âmbito das políticas públicas de saúde.   |
| Programa de Atenção à Saúde Perinatal, 1991.   | Programa que se preocupou com o binômio mãe-filho, contemplando o recém-nascido como sujeito de cuidado e propondo melhoria da qualidade de assistência ao parto e ao recém-nascido.   |
| Acordo mundial entre a Unicef e a Organização Mundial da Saúde com a associação internacional de fabricantes de alimentos, 1992. | Cessou o fornecimento gratuito ou de baixo custo de leites artificiais a maternidades e hospitais.   |
| Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993.  | Aprovou as normas básicas para implantação do alojamento conjunto.   |
| Portaria nº 1.113, de 15 de junho de 1994.   | Assegurou o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao SUS.  |
| Portaria SAS/MS n.155 de 1994.   | Estabeleceu as diretrizes e normas do Hospital Amigo da Criança.   |
| PAISC, 1996.   | Estabeleceu o calendário mínimo de consultas de puericultura para crianças de 0 a 5 anos.  |
| AIDPI, 1996.   | Centralizou-se em um conjunto de doenças de maior prevalência na infância- pneumonia, diarreia, otite, doença febril, anemia e desnutrição, além do incremento nutricional e promoção ao aleitamento materno, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tratando-a na coletividade   |
| Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, 1998.   | A Rede tem por objetivo promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno; coletar e distribuir Leite Humano de qualidade certificada; contribuir para a redução da mortalidade infantil; somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.   |
| Portaria GM/MS nº 1091, 25 de agosto de 1999.  | Criou a unidade de cuidados intermediários neonatal ao âmbito do SUS para atendimento ao recém-nascido de médio risco.   |
| <b>2000-2010</b>   |  |
| Portarias nº 569, 570, 571 e 572 de 2000.  | Instituiu o PHPN. O programa está subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades concentrar esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal entre outras. |
| Objetivos de   | O objetivo nº 4 visou até 2015, reduzir a mortalidade na infância dois   |

|   |  |
|---|--|
| Desenvolvimento do Milênio, 2000.   | terços do nível de 1990; e o objetivo nº5, melhorar a saúde materna, até 2015, reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990.  |
| Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000.   | Aprovou a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.  |
| Portaria GM/MS nº 072 de 02 de março de 2000.   | Incluiu na tabela de procedimentos do SIH/SUS o atendimento ao RN de baixo peso.   |
| Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001.  | Instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal que passa a realizar a triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. |
| Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher, 2002. | O programa tem como objetivo diminuir a incidência, a mortalidade e melhorar a qualidade de vida da mulher com câncer do colo do útero.  |
| Lei nº 10.421, de 15 de abril de 2002.  | Estende à mãe adotiva o direito à licença-maternidade e ao salário-maternidade, alterando a Consolidação das Leis do Trabalho.   |
| RDC Anvisa n.221 e 222 de 2002.   | Normas para comercialização de alimentos para lactentes.   |
| Portaria nº 1930, de 09 de outubro de 2003.   | Qualifica os estados para o recebimento de recursos adicionais para disponibilização da fórmula infantil às crianças expostas ao HIV verticalmente.  |
| Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, 2004. | Propõem diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, tendo como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes para o período de 2004 a 2007.   |
| Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, 2004.                    | Articula os atores sociais em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil.   |
| Portaria GM/MS nº 1258, de 28 de junho de 2004.   | Instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Neonatal.   |
| Portaria nº 756, de 16 de dezembro de 2004.   | Estabeleceu normas para habilitação do Hospital Amigo da Criança.  |
| Portaria MS nº 1117 7 de Junho de 2004.   | Definiu valores de remuneração dos estabelecimentos de saúde credenciados como Amigo da Criança.   |
| Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005.  | Instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e estabeleceu os princípios e diretrizes para a estruturação e o processo de contratação de metas entre os gestores municipais, estaduais e o MS para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios.  |
| Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.   | Garantiu às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.   |
| Portaria GM/MS Nº 2.261 de 23 de novembro de 2005.                                      | Aprovou o regulamento que estabelece as diretrizes de instalação e funcionamento das brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação  |

|   |   |
|---|---|
| Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006.                     | Regulamentou a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.   |
| Resolução-RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006.             | Dispôs sobre o regulamento técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.  |
| Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.                | Divulgou o Pacto pela Saúde e suas três dimensões: Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Onde, no pacto pela Saúde visa-se reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.   |
| Lei nº 11.474, de 15 de maio de 2007.                       | Alterou a lei n. 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância.  |
| Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.                  | Aprovou a norma para a implantação do Método Mãe Canguru.   |
| II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, 2008.      | Promoveu a autonomia econômica e financeira das mulheres, considerando as dimensões étnico-raciais, geracionais, regionais e de deficiência, assim como a igualdade de gênero, considerando a dimensão étnico-racial nas relações de trabalho.  |
| Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.                     | Dispôs sobre regulamento técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.  |
| Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, 2009. | Priorizou o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe, enfatizando a qualidade de vida das crianças brasileiras. Para isso, devem ser estimuladas suas habilidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, pela oferta de cuidados ampliados, os quais seguem além da sobrevivência.  |
| Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010.                | Aprova a Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde, que tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais.  |
| <b>2010-2016</b>  |   |
| Portaria no- 1.459, de 24 de junho de 2011.                 | Instituiu a Rede Cegonha, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.  |
| Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. | Instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional.  |
| Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 2015-2030.        | Contempla 17 Objetivos e 169 metas. O objetivo nº 3 visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Têm como meta reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos. |

|  |   |
|--|---|
| Estratégia Amamenta<br>Alimenta Brasil     | Estratégia que visa qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade; e aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde. |
| Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. | Instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do SUS. A política tem como eixo central a promoção e proteção da saúde da criança e o aleitamento materno, por meio da atenção e cuidados integrais e integrados, desde o período da gestação até os 9 anos.  |
| Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.      | Estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e do Estatuto da Criança e do Adolescente.                      |

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2018)

### APÊNDICE C – Relação de indicadores de saúde infantil

| <b>Indicadores estabelecidos na pactuação interfederativa 2017-2021</b>  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Indicador</b>   | <b>Descrição</b>   | <b>Cálculo</b>  |
| Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada | Evidencia se as vacinas que integram o Calendário Básico de Vacinação da Criança possuem cobertura de acordo com o preconizado pelo PNI.   | Total das vacinas selecionadas que alcançaram a cobertura vacinal preconizada, sobre as 4 vacinas selecionadas - Pentavalente, Pneumocócica 10-valente, Poliomielite e Tríplice viral. (x100)       |
| Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade   | Mensurar e monitorar os novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade.  | Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência.   |
| Número de casos novos de aids em menores de 5 anos   | Número de casos novos de aids em menores de 5 anos de idade em determinado ano de diagnóstico e local de residência.   | Número absoluto de casos  |
| <b>Indicadores evidenciados na literatura</b>  |  |   |
| Taxa de mortalidade infantil   | Avaliar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento. Avalia ainda acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de Saúde e a atenção hospitalar de qualidade quando necessário. | Análise de monitoramento e avaliação dos componentes separadamente: Primeiras 24 horas, neonatal precoce (0 a 6 dias), Neonatal Tardio (7 a 27 dias), Pós-neonatal (28 a 364 dias), menor de 1 ano. |
| Proporção de menores de 5 anos de idade na população   | Percentual de pessoas com menos de cinco anos de idade, na população total residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.   | Número de crianças residentes menores de cinco anos de idade, sobre a população total residente, excluída a de idade ignorada (x 100).  |
| Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade  | Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.  | Número de óbitos de residentes menores de 1 ano, por faixa etária sobre o número total de óbitos de residentes menores de 1 ano, excluídos os de idade ignorada (x100)                              |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Taxa de mortalidade em menores de cinco anos                                      | Número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado   | Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x1000)   |
| Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos de idade | Percentual dos óbitos por doença diarréica aguda em relação ao total de óbitos de menores de cinco anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.  | Número de óbitos de residentes menores de cinco anos por doença diarréica aguda sobre o número total de óbitos de residentes menores de cinco anos por causas definidas (x100) |
| Taxa de mortalidade específica por afecções originadas no período perinatal       | Número de óbitos de menores de um ano de idade causados por afecções originadas no período perinatal, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado   | Número de óbitos de residentes menores de um ano de idade, por afecções originadas no período perinatal sobre o número de nascidos vivos de mães residentes (x1000)            |
| Taxa de prevalência de aleitamento materno  | Percentual de crianças que estão sendo alimentadas com leite materno, diretamente do peito ou por expressão, aos 30, 120, 180 e 365 dias de vida, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Independe de a criança estar recebendo outros líquidos, tipos de leite ou alimentos sólidos e semisólidos. | Número de crianças que estão recebendo leite materno na idade considerada, sobre o número total de crianças residentes, na idade (x 100).                                      |
| Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo                              | Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias de vida, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.  | Número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada., sobre o número total de crianças residentes, na idade (x 100).                     |
| Cobertura de consultas de pré-natal   | Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.  | Número de nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal, sobre o número total de nascidos vivos de mulheres residentes (x 100).            |
| Proporção de partos hospitalares  | Percentual de partos hospitalares no total de partos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado   | Número de nascidos vivos de parto hospitalar, de mães residentes, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100)  |
| Proporção de partos cesáreos  | Percentual de partos cesáreos no total de partos hospitalares, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.   | Número de nascidos vivos de partos cesáreos sobre o número total de nascidos vivos de partos hospitalares (x 100)  |
| Proporção de nascidos   | Percentual de nascidos vivos com  | Número de nascidos vivos de  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| vivos de baixo peso ao nascer   | peso ao nascer inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado  | mães re-sidentes, com peso ao nascer inferior a 2.500 g, sobre o número total de nascidos vivos de mães residentes (x 100).  |
| Taxa de prevalência de déficit ponderal para a idade em crianças menores de cinco anos de idade | Percentual de crianças residentes menores de cinco anos de idade que apresentam déficit ponderal para a idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado                           | Número de crianças menores de cinco anos com peso inferior a menos dois desvios-padrão da mediana de peso para a idade, sobre o número total de crianças residentes nessa faixa etária   |
| Cobertura vacinal   | Percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.  | Número de crianças com esquema básico completo na idade alvo para determinado tipo de vacina, sobre o número de crianças na idade alvo (x 100).  |
| Cobertura de redes de abastecimento de água   | Percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico, no ano considerado                            | População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede geral de abastecimento de água, com ou sem canalização interna, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano (x 100) |
| Cobertura de esgotamento sanitário  | Percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos através de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. | População residente em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio, sobre a população total residente em domicílios particulares permanentes, ajustada para o meio do ano (x 100)                         |
| Níveis de escolaridade  | Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.                                | Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade, por grupo de anos de estudo, sobre a população total residente desta faixa etária (x 100).  |

**APÊNDICE D – Roteiro entrevista curta para gestores centrais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA CURTA PARA GESTORES CENTRAIS**

**Roteiro individual para entrevista sobre a análise da situação de saúde infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina.**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Entrevista n°:</b>     | <b>Setor:</b>                           |
| <b>Data:</b>              | <b>Horário:</b>                         |
| <b>Formação:</b>          |   |
| <b>Tempo neste cargo:</b> |   |
| <b>Idade:</b>             | <b>Sexo:</b> ( ) feminino ( ) masculino |

**Questão norteadora:** De que maneira a análise da situação de saúde evidencia situações de vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina?

1. Quais indicadores de saúde infantil são mais utilizados? Por quê?
2. Como você identifica os problemas que necessitam de prioridade em relação a saúde infantil?
3. Na sua opinião, quem são as crianças mais vulneráveis? Por quê?
4. Quais situações exigem maior atenção e monitoramento? Por quê?
5. Em relação a saúde infantil, quais são os desafios/problemas/fragilidades vivenciados?

**APÊNDICE E – Roteiro entrevista curta para gestores locais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA CURTA PARA GESTORES LOCAIS**

**Roteiro individual para entrevista sobre a análise da situação de saúde infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina.**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Entrevista n°:</b>     | <b>Setor:</b>                           |
| <b>Data:</b>              | <b>Horário:</b>                         |
| <b>Formação:</b>          |   |
| <b>Tempo neste cargo:</b> |   |
| <b>Idade:</b>             | <b>Sexo: ( ) feminino ( ) masculino</b> |

**Questão norteadora:** De que maneira a análise da situação de saúde evidencia situações de vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina?

1. Quais informações você utiliza para analisar a situação de saúde infantil?
2. Como você identifica os problemas que necessitam de prioridade em relação a saúde infantil?
3. Como você identifica as crianças mais vulneráveis?
4. Em relação ao público infantil, você desenvolve alguma atividade específicas? Qual? Se não, por que?
5. Como o serviço atua nos fatores individuais, sociais, culturais e ambientais que interferem na saúde infantil?
6. Em relação a saúde infantil, quais são os desafios/problemas/fragilidades vivenciados?

**APÊNDICE F – Roteiro entrevista curta para docentes**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA CURTA PARA DOCENTES**

**Roteiro individual para entrevista sobre a análise da situação de saúde infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina.**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Entrevista n°:</b>     | <b>Setor:</b>                           |
| <b>Data:</b>              | <b>Horário:</b>                         |
| <b>Formação:</b>          |   |
| <b>Tempo neste cargo:</b> |   |
| <b>Idade:</b>             | <b>Sexo:</b> ( ) feminino ( ) masculino |

**Questão norteadora:** De que maneira se evidenciam situações de vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina?

1. Como você percebe a formação profissional para a atenção a saúde da criança?
2. Como você entende vulnerabilidade infantil?
3. O tema vulnerabilidade infantil integra o conteúdo de sua disciplina? Como é abordado na prática de ensino em campo de estágio?
4. Nos locais de ensino, quais fatores (sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais) você acredita que influenciam na saúde infantil? (Individual / social/ institucional)
5. De que maneira esses fatores são identificados?
6. Gostaria de comentar mais algum aspecto sobre a vulnerabilidade infantil na formação profissional?

## APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Profa. Dra. Selma Regina de Andrade (pesquisadora responsável), juntamente com a pesquisadora Andriela Backes Ruoff, mestranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS: EVIDENCIANDO VULNERABILIDADES”, que tem como objetivo de compreender como a análise da situação de saúde evidencia situações de vulnerabilidade infantil no município de Florianópolis, Santa Catarina. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humano da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) para aprovação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendada, que será áudio-gravada, com duração de aproximadamente 40. Posteriormente a entrevista será transcrita, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

A você, esta pesquisa poderá contribuir com reflexões a respeito da análise da situação de saúde em prol da saúde infantil, podendo variar de curto a longo prazo. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, com o reconhecimento das situações de vulnerabilidade infantil, oferecendo ao sistema de saúde novas perspectivas para que as ações sejam realizadas de forma mais eficaz, potencializando a promoção e prevenção de agravos, riscos e danos à saúde infantil. Pretende contribuir também com a gestão municipal de saúde, com a área de Vigilância em Saúde e Gestão da Atenção à Saúde.

O estudo não apresenta riscos de natureza física, exceto a possibilidade de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre a teoria e prática durante o exercício de sua atividade. Contudo, as pesquisadoras, compreendendo este potencial risco, estão dispostas a ouvi-los (as), interromper a entrevista e a observação, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir.

O material coletado durante as entrevistas e a observação poderão ser consultados sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional.

Os resultados deste trabalho mostrarão apenas os resultados como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade, e poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para este estudo você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação, mas você será ressarcido caso alguma despesa extraordinária venha ocorrer, que serão cobertas pelo orçamento da pesquisa, mediante apresentação de comprovante.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este documento está redigido em duas vias, assinadas e rubricadas em todas as suas páginas por você e pelo pesquisador responsável. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou caso aceite, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo

não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora Selma Regina de Andrade pelo telefone (48) 88126688, email selma.regina@ufsc.br ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Poderá entrar em contato com a pesquisadora Andriela Backes Ruoff pelo telefone (48) 988309339, email andriback@gmail.com ou pessoalmente no endereço Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4° andar, sala 402. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-900.

Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 37216094, email CEP.propesq@contato.ufsc.br ou pelo endereço Pró-Reitoria de Pesquisa, Prédio Reitoria II, Rua Des. Vitor Lima, sala 401. Universidade Federal de Santa Catarina, *Campus* universitário Reitor João David Ferreira Lima, Bairro Trindade, em Florianópolis (SC), CEP 88.040-400.

---

Selma Regina de Andrade

Pesquisadora responsável

---

Andriela Backes Ruoff

Pesquisadora principal

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_