



Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Educação
Programa de Pós-graduação em Psicologia

ANA CLÁUDIA MATEUS

**A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) sobre as
Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil em Goiânia-GO**

Goiânia
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Ana Cláudia Mateus

3. Título do trabalho

A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) sobre as Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil em Goiânia-GO

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;

- Submissão de artigo em revista científica;

- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cláudia Mateus, Usuário Externo**, em 06/11/2023, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 07/11/2023, às 15:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4173743** e o código CRC **C77C2019**.

Referência: Processo nº 23070.036372/2023-41

SEI nº 4173743

ANA CLAUDIA MATEUS

**A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia da Saúde da Família
(ESF) sobre as Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil em
Goiânia-GO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Educacionais.

Orientadora: Profa. Dra. Naraiana de Oliveira Tavares

Coorientadora: Profa. Dra. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa

GOIÂNIA

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Mateus, Ana Cláudia

A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) [manuscrito] : sobre as Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil em Goiânia-GO / Ana Cláudia Mateus, Naraiana de Oliveira Tavares, Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa. - 2023.

160 f.

Orientador: Profa. Dra. Naraiana de Oliveira Tavares; co orientadora Dra. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2023.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Experiências Adversas na Infância. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Programa de Estratégia da Saúde e da Família. 4. Psicologia do Desenvolvimento. 5. Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. I. Tavares, Naraiana de Oliveira. II. da Costa, Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas. III. Tavares, Naraiana de Oliveira, orient. IV. da Costa, Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas, co-orient. V. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **39** da sessão de Defesa de Dissertação de **Ana Cláudia Mateus**, que confere o título de Mestra em **Psicologia**, na área de concentração em **Psicologia**.

Aos vinte e oito dias do mês de junho de 2023, a partir das 10:30 horas, na sala 242 da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação de mestrado intitulada “**A Perspectiva dos Profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) sobre as Experiências Adversas no Desenvolvimento Infantil em Goiânia-GO**”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora Naraiana de Oliveira Tavares (PPGP - UFG), com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa (PPGO - UFG), Professora Doutora Larissa Polejack Brambatti (UnB) e Professora Doutora Maria do Rosário Silva Resende (PPGP - UFG). Após a arguição da candidata, a Banca Examinadora se reuniu em sessão secreta, a fim de concluir o julgamento da dissertação em andamento, tendo sido a candidata **aprovada**. Proclamados os resultados pela Professora Doutora Naraiana de Oliveira Tavares, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e oito dias do mês de junho de 2023.

Presidente: Profa. Dra. Naraiana de Oliveira Tavares

Dr^a Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa (coorientadora)

1º Membro: Prof^a Dr^a Maria do Rosário Silva Resende

2º Membro: Prof^a Dr^a Larissa Polejack Brambatti

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Maria Do Rosario Silva Resende, Professor do Magistério Superior**, em 28/06/2023, às 12:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Naraiana De Oliveira Tavares, Professor do Magistério Superior**, em 21/07/2023, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3853433** e o código CRC **A01F7DF2**.

Referência: Processo nº 23070.036372/2023-41

SEI nº 3853433

AGRADECIMENTOS

É fato que uma dissertação de mestrado, assim como qualquer produção acadêmica, é resultado de uma construção coletiva, envolvendo a contribuição de inúmeras mãos. Não seria diferente para mim, uma vez que este trabalho foi erguido, fortalecido e guiado por inúmeras pessoas que me ampararam nos momentos em que acreditava não ser capaz de prosseguir.

Dessa forma, manifesto meu profundo agradecimento à minha família, cujo apoio integral acompanhou-me ao longo de todo o processo, desde a tomada de decisão até a conclusão desta pesquisa. Expresso minha gratidão aos meus pais, Valdeci Mateus e Washington Mateus, que me ensinaram a valorizar o amor, o afeto e as pequenas nuances da vida. A meu pai, que me brindou com o ensinamento de encarar a vida com humor e leveza, bem como de ressaltar a importância da família, agradeço imensamente por tudo, apesar do breve período que estive conosco. A minha mãe, mesmo enfrentando uma grande dor pela perda, cuidou de duas crianças sozinha e nunca mediou esforços na nossa criação e educação; por sua dedicação e coragem inabalável, agradeço profundamente.

Dirijo também meus agradecimentos à minha orientadora, professora Naraiana Tavares, pela orientação, pelos ensinamentos teóricos e práticos, e pela oportunidade de realizar esta pesquisa. À coorientadora, professora Luciane Sucasas, agradeço pela oportunidade, e por abrir horizontes além do campo da Psicologia, o que ampliou a minha perspectiva.

Às professoras Maria do Rosário e Larissa Polejack, agradeço pela disponibilidade e contribuições valiosas para o meu trabalho.

Às amigas Jéssica Monteiro e Jordanna Fonseca, que estiveram ao meu lado desde o começo do mestrado, destaco que sem o apoio e acolhimento de vocês, este trabalho não teria sido possível. As amigas que conquistei durante o mestrado – Bruna Shimabukuro, Nicole Resende, Ingrid Garcia, Thaís Silva, Isabella Melo, e Vitória Fernandes –, que compartilharam comigo tanto as dificuldades quanto as inúmeras alegrias que vivenciamos juntas. Eu amo todas vocês.

Aos profissionais do Programa Estratégia da Saúde da Família, que generosamente concederam suas entrevistas, compartilhando histórias e momentos agradáveis regados a café, expresso minha gratidão.

Agradeço aos meus colegas da sétima turma de mestrado, pelas trocas, pelos encontros, mesmo que a maior parte tenha sido por meio de telas.

Agradeço a FAPEG pelo apoio financeiro à minha pesquisa.

Por fim, gostaria de estender meu agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram com palavras de incentivo, apoio e escuta ao longo dessa jornada. Espero que esta dissertação abra novos espaços para construções coletivas e proporcione voos ainda mais altos. E que possamos transformar o mundo em um lugar melhor.

O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e inda mais alegre ainda no meio da tristeza! A vida inventa! A gente principia as coisas, no não saber por que, e desde aí perde o poder de continuação porque a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada. O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. Viver é muito perigoso; e não é não.

(João Guimarães Rosa, 1908-1967, Grande Sertão Veredas)

SUMÁRIO

Introdução	14
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico e Conceitual.....	17
1.1 Breve Recorte Histórico sobre a Infância	18
1.2 Infância no Contexto Brasileiro	19
Capítulo 2 – A Matriz Conceitual de Experiências Adversas na Infância.....	29
2.1 As Vulnerabilidades da Criança diante das Experiências Adversas para o Seu Desenvolvimento	34
2.2 As Principais Teorias da Psicologia do Desenvolvimento sobre Experiências Adversas na Infância.....	38
2.3 Teoria Psicanalítica de Sigmund Freud	39
2.4 Teoria Sociocultural de Vygotsky	43
2.5 Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner	45
2.6 Teoria do Apego	46
Capítulo 3 – Políticas Públicas e os Fatores de Risco na Infância	50
3.1 Marco Legal referente às Políticas Públicas para a Primeira Infância.....	52
3.2 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	53
3.3 Programa Saúde na Escola (PSE)	56
3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).....	57
3.5 Programa Bolsa Família (PBF).....	64
3.6 Política Municipal de Promoção e Atenção ao desenvolvimento infantil saudável, promoção da saúde mental e prevenção de violências	65
Capítulo 4 – Percursos Metodológicos.....	67
4.1 Procedimentos de Coleta de Dados.....	67
4.2 Local de Estudo	68
4.3 Transcrição e Organização de Análise.....	68
4.4 Participantes.....	69
4.5 Instrumentos.....	70
4.6 Procedimentos.....	70
4.6.1 Análise de dados.	71
4.6.2 Fases da análise de conteúdo da Bardin.....	72
Capítulo 5 – Resultados.....	75
5.1 Contextualização do estudo	76
5.2 Análise de Frequência de palavras no discurso por meio da triangulação das categorias de trabalho.....	79
5.3 Análise Temática do Discurso	88
5.3.1 A avaliação das condições de saúde local.....	88

5.3.2 Pandemia da Covid-19.	92
5.3.3 Competências e as práticas comuns no atendimento à população.	95
5.3.4 As condições adversas na infância e os fatores de risco para o desenvolvimento saudável.	99
5.3.5 Abuso, violência e negligência.	100
5.3.6 Situações de risco.	102
5.3.7 Fatores sociofamiliares.	103
5.3.8 Dificuldades econômicas.	106
5.3.9 Insegurança alimentar.	107
5.3.10 O uso de substâncias como parte de ambiente.	109
5.3.11 Excesso de telas.	110
5.3.12 Negligência no cuidado.	110
5.3.13 Doenças de saúde geral nas crianças.	112
5.3.14 Condições de desenvolvimento de políticas públicas.	114
Capítulo 6 – Discussão.	118
Considerações Finais.	130
Referências Bibliográficas.	132
Apêndices.	144
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	144
Apêndice B – Roteiro Semiestruturado.	146
Apêndice C – Modelo Final.	147
Apêndice D – Análise de Conteúdo – Atlas.ti.	149
Apêndice E – Google Formulários – Análise de Conteúdo.	150

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACE	<i>Adverse Childhood Experiences</i>
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CGSCAM	Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CT	Conselho Tutelar
EAI	Experiências Adversas na Infância
EBBS	Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
DI	Desenvolvimento Infantil
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
IA	Insegurança Alimentar
IAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IMC	Índice de Massa Corporal
ISPCAN	<i>International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect</i>
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MNMMR	Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCF	Programa Criança Feliz
PENSSAN	Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SIGAA/UFG	Sistema Integrado de Gestão Acadêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UABSF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás

WHO

World Health Organization

Lista de Tabelas

Tabela 1: Fluxograma – Etapa da análise dos dados.	73
Tabela 2 – Experiências citadas na literatura.....	76
Tabela 3 – Características Sociodemográficas dos trabalhadores da UBS Estrela D’Alva	77
Tabela 4 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos das agentes comunitárias (ACS) de saúde, com a frequência relativa nos discursos	79
Tabela 5 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos dos profissionais de curso superior de saúde, com a frequência relativa dos discursos.....	81
Tabela 6 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos da gestão da unidade de saúde, com a frequência relativa dos discursos.....	86
Tabela 7 – Matriz analítica de fatores de risco e de proteção, a partir do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner	127

Resumo

O presente estudo aborda o tema do desenvolvimento na Primeira Infância, destacando sua importância e a relevância das Experiências Adversas na Infância (EAI) dentro desse contexto. A Psicologia, ao analisar os aspectos de saúde, sócio-históricos e políticos, reconhece a influência das EAIs no desenvolvimento humano. O objetivo geral deste trabalho consiste em compreender a rotina dos profissionais do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação às Experiências Adversas na Infância (EAIs) em seu ambiente de trabalho na unidade de saúde Estrela D'Alva e na comunidade atendida. O objetivo específico é desenvolver uma matriz conceitual que aborde as EAIs no contexto da unidade de saúde Estrela D'Alva, utilizando como embasamento teórico a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner. Para explorar essas experiências, foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam no Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), na unidade de saúde localizada no bairro Estrela D'Alva, em Goiânia, Goiás. Utilizou-se um roteiro semiestruturado durante as entrevistas, nas quais 20 profissionais da ESF compartilharam suas rotinas, vivências e experiências adversas relacionadas ao trabalho, bem como suas consequências para o desenvolvimento infantil. Utilizou-se o método de Análise de Conteúdo de Bardin, portanto sob a luz da realidade qualitativa. Os resultados evidenciaram que os temas abordados estão intimamente ligados à realidade do trabalho em saúde da família, das situações de crescimento e desenvolvimento, impactos da pandemia da Covid-19 nas vulnerabilidades da primeira infância e a precariedade da estrutura física da unidade de saúde, além da sobrecarga enfrentada pelos profissionais. As considerações finais destacam as limitações da pesquisa e apontam possibilidades de monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde para a primeira infância, como a importância de políticas públicas efetivas, evidenciando a necessidade de monitorar e avaliar tais políticas, considerando os fatores de risco e proteção para a saúde mental nessa fase crucial da vida.

Palavras-chave: Experiências Adversas na Infância; Desenvolvimento Infantil; Programa de Estratégia da Saúde e da Família; Psicologia do Desenvolvimento; Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner.

Abstract

The present study addresses the issue of early childhood development, highlighting its importance and the relevance of Adverse Childhood Experiences (ACE) within this context. Psychology, when analyzing health, socio-historical and political aspects, recognizes the influence of ACEs on human development. The general objective of this work is to understand the routine of professionals from the Family Health Strategy Program (ESF) in relation to Adverse Experiences in Childhood (ACE) in their work environment at the Estrela D'Alva health unit and in the community served. The specific objective is to develop a conceptual matrix that addresses ACEs in the context of the Estrela D'Alva health unit, using Bronfenbrenner's Bioecological Theory of Human Development as a theoretical basis. To explore these experiences, interviews were conducted with professionals who work in the Family Health Strategy Program (ESF), at the health unit located in the Estrela D'Alva neighborhood, in Goiânia, Goiás. A semi-structured script was used during the interviews, in which 20 FHS professionals shared their routines, experiences and adverse experiences related to work, as well as their consequences for child development. Bardin's Content Analysis method was used, therefore in the light of qualitative reality. The results showed that the topics covered are closely linked to the reality of work in family health, situations of growth and development, the impacts of the Covid-19 pandemic on the vulnerabilities of early childhood and the precariousness of the physical structure of the health unit, in addition to the overload faced by professionals. The final considerations highlight the limitations of the research and point to possibilities for monitoring and evaluating public health policies for early childhood, such as the importance of effective public policies, highlighting the need to monitor and evaluate such policies, considering the risk and protection factors for mental health at this crucial stage of life.

Keywords: *Adverse Childhood Experiences; Child development; Health and Family Strategy Program; Developmental Psychology; Bronfenbrenner's Bioecological Theory.*

Introdução

O Desenvolvimento Infantil é definido como um processo diverso, que inclui mudanças no desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico, comportamental e socioemocional da criança (Fraser, 2009). O desenvolvimento pode ser interrompido ou enfrentar interferências de variados fatores, como: o contexto educacional, familiar, emocional, nutricional, a saúde e as condições socioeconômicas na qual a criança está inserida (Naudeau et al., 2011, como citado em Martins, 2020, p.14). Assim, nesse cenário, observa-se que as vulnerabilidades psicossociais podem interferir diretamente no Desenvolvimento Infantil (DI) (Shonkoff & Garner, 2012).

As vulnerabilidades psicossociais podem se configurar como Experiências Adversas na Infância (EAI), acarretando em problemas para o desenvolvimento. Então, segundo Samhsa (2017), as Experiências Adversas na Infância, ou EAI, sigla que representa o termo em inglês Adverse Childhood Experiences (ACE), compreendem eventos estressantes ou traumáticos, incluindo omissões, que são dirigidos ou perpetrados contra crianças. Tais experiências adversas muitas vezes ocorrem ao mesmo tempo e expõem as crianças a várias outras situações de risco consecutivas ou mesmo simultâneas, que podem ocorrer dentro das famílias.

As famílias são a representação do grupo intermediário no sistema e por meio das quais os desenvolvimentos socioemocionais e psicossociais acontecem. E são questões relevantes para o desenvolvimento infantil a confiança (acreditar em si mesmo, se sentir em segurança em relação ao ambiente externo, e com alguém), o convívio social (capacidade de se relacionar com outras pessoas), os comportamentos aprendidos (desenvolvimento de comportamentos baseados pelas experiências vividas ao longo da vida), o autocontrole (habilidade de governar impulsos, emoções, ponderando bem-estar e possíveis consequências) e a percepção (atribuir significados pelo histórico das experiências anteriores), bem como as relações entre crianças e os cuidadores (Naudeau et al., 2010).

Nos últimos anos, a temática das Experiências Adversas na Infância (EAIs) tem sido objeto de especial atenção por parte dos pesquisadores no que diz respeito aos impactos negativos sobre o desenvolvimento infantil. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), um programa do Ministério da Saúde que tem como objetivo principal promover, recuperar e proteger a saúde das pessoas e de suas famílias, tem se mostrado uma ferramenta eficaz na identificação de violências e vulnerabilidades que afetam as crianças brasileiras, de acordo Santos & Yakuma (2015). Isso se deve, em parte, ao fato de que os profissionais que

atuam na ESF mantêm um contato direto com as famílias atendidas, o que fortalece o vínculo entre eles e possibilita a observação de possíveis EAIs por meio de consultas e visitas das ações, programas e políticas.

O objetivo específico do estudo consiste em desenvolver um modelo conceitual que trate das Experiências Adversas na Infância dentro do contexto da unidade de saúde Estrela D'Alva, fundamentado teoricamente na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano proposta por Bronfenbrenner. A relevância deste trabalho é particularmente evidente devido à escassez de abordagens abrangentes sobre esse tema específico. Destaca-se a inovação em examinar as adversidades vivenciadas na infância por meio da compreensão da realidade enfrentada pelos profissionais de saúde que operam na Estratégia Saúde da Família na unidade Estrela D'Alva. A metodologia da pesquisa se desenvolveu por meio de uma abordagem qualitativa, sendo realizadas entrevistas com os profissionais que atuam no Programa Estratégia Saúde da Família (ESF). As entrevistas ocorreram na unidade de saúde, no bairro Estrela D'Alva, em Goiânia, e iniciaram-se com um roteiro semiestruturado. Os temas foram trabalhados em quadros conceituais, geraram os núcleos de sentido e significado a partir da construção de resultados. O método utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin.

O presente trabalho tem como referencial teórico a Teoria Bioecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, no entanto, esse estudo não pretende fazer uma revisão da teoria de Bronfenbrenner, visto que outros estudos que já se propuseram a cumprir este objetivo (Banetti et al, 2013; Martins & Szymanski, 2004).

Estruturamos nossa dissertação em seis capítulos. No primeiro capítulo, intitulado: *Enquadramento Teórico e Conceitual*, foi subdividido em *Breve Recorte Histórico sobre a Infância*, *Infância no Contexto Brasileiro*, e *O Cenário das Infâncias Brasileiras Hoje*. Neste primeiro capítulo, trazemos os aspectos históricos da sociedade brasileira, marcada por incoerências, mudanças e transformações sociais; tais mudanças apresentam as concepções de infância e a maneira pela qual o poder público articula as ações com esse grupo (Cabral, 2003). E por fim, abordamos o contexto da infância atualmente, sendo impossível não mencionar os graves impactos da pandemia da Covid-19 na infância.

O segundo capítulo, intitulado *A Matriz Conceitual de Experiências Adversas na Infância*, foi subdividido em *As Vulnerabilidades da Criança diante das Situações Adversas para o Seu Desenvolvimento* e *As principais teorias da Psicologia do desenvolvimento sobre experiências adversas na infância*. Analisamos os conceitos das Experiências Adversas na Infância e suas consequências no desenvolvimento infantil, com foco na primeira infância, sem esquecer de pontuar as experiências com a Covid-19. Além disso, abordamos as

principais teorias da Psicologia do desenvolvimento sobre Experiências Adversas na Infância e como elas compreendem os impactos no desenvolvimento infantil. A Psicologia pautou-se por descrever os fenômenos do crescimento e desenvolvimento e sua interface com mais uma compreensão do campo da saúde. Por fim, discutimos como os profissionais de saúde reconhecem e visualizam os conceitos de Experiências Adversas na Infância, estresse tóxico e vulnerabilidades em diversas teorias. Adotamos o marco teórico-conceitual do modelo Bioecológico.

No terceiro capítulo intitulado: *Políticas públicas e os fatores de risco na infância*, trataremos as políticas, ações e normativas comuns, além de compor um quadro para a melhor leitura do contexto, que deve nos embasar para o exercício da crítica, sobre os desafios e possibilidades. Assim, dentro desse macrossistema, no modelo Bioecológico, analisamos o conceito e a avaliação de políticas públicas, logo depois trazemos as políticas e programas públicos voltados para a infância, a fim de trazer as condições que visem garantir direitos, proteção e uma vida digna às crianças brasileiras. De antemão, nos adiantamos para reproduzir os muitos agravos à saúde nas condições de crise pós-pandemia.

No quarto capítulo intitulado: *Percursos Metodológicos*, abordaremos os procedimentos adotados na coleta de dados, os instrumentos utilizados na pesquisa, os participantes, a análise dos dados, e por fim, as etapas da análise de conteúdo de Bardin.

No quinto capítulo apresentaremos os resultados da pesquisa. E no último capítulo a discussão do trabalho. Nós elegemos na literatura os conceitos teóricos sobre os tipos de experiências adversas que caracterizam tais situações. E desse modo, iremos apreender como tais profissionais de saúde reconhecem a necessidade de se estabelecer e atuar em ambientes saudáveis. Além disso, responderemos sob quais condições de trabalho a Estratégia da Saúde da Família se sustenta e se estabiliza; como essas vulnerabilidades permeiam as práticas e o cotidiano da instituição de saúde. E por fim, como afetam o desenvolvimento comum aos sujeitos, crianças em formação.

A partir deste trabalho, pretende-se contribuir para o debate da Experiências Adversas na Infância brasileira, além de levantar a importância de mais estudos que trabalhem sobre a temática. Ressaltamos também a relevância de pesquisas que abordem o Programa Estratégia da Saúde da Família na cidade de Goiânia, em especial em regiões que são pouco estudadas, com o intento de que mais avanços sejam conquistados e realidades outrora apagadas sejam finalmente conhecidas e enxergadas.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico e Conceitual

Ao se estudar a infância, pretende-se de forma regular e ampliada refletir sobre a saúde e o desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como seu ambiente e suas famílias. Tal estudo deveria ocorrer ao longo do curso da vida, como orienta a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), ao asseverar que “políticas, planos e serviços em saúde e saúde mental necessitam levar em consideração a saúde e as necessidades sociais de todos os estágios do curso da vida, incluindo a infância, a adolescência, a idade adulta e o envelhecimento” (p.10).

Contudo, o que se observa em pesquisas em saúde geral e saúde mental, para além da natureza quantitativa, é que são poucas as que tratam de prevenção e promoção em saúde de crianças (Murta, Gunther e Guzzo, 2015). E o ponto principal para o enquadramento teórico conceitual será sob qual perspectiva entende-se o processo da infância. Partimos da relevância do que ocorre nesta fase do desenvolvimento humano, em que a infância é uma etapa privilegiada e precoce para produzir medidas que reduzam o impacto dos fatores de risco e promovam recursos de proteção associados à saúde, nesta e nas posteriores etapas da vida.

Assim, ao se levar em consideração todo o curso da vida, e ainda na fase anterior ao nascimento, como o acompanhamento da gestação, verificam-se as diversas experiências adversas na infância, pressupondo o caráter da realidade do contexto (Oliveira, 2012, e Menezes, 2013). E as ações de prevenção e promoção em saúde tornam-se mais escassas nas avaliações de programas de saúde nesse eixo da vida (Guzzo, 1996 e Murta et. al., 2014). Enfim, se não há a avaliação da infância e adolescência com evidência de dados, no que diz respeito ao processo de fatores de risco e de proteção, tampouco haverá sobre as condições de saúde, referentes à gestação, ou das famílias geradoras de um indivíduo potencialmente saudável.

A não ser no eixo ligado à educação, pois, segundo Guzzo (2001), sobre as bases dos modelos de prevenção de tais programas educacionais, subverte-se a ordem de trabalhar em conjunto com os centros comunitários de saúde e acumulam resultados positivos para a prevenção de problemas de aprendizagem, e focados nos desenvolvimentos emocionais e sociais de crianças e adolescentes. Tal questão elucida a importância do psicólogo nas escolas, dentre outros pontos, como os indicadores de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, a aplicação de como são suas famílias e seus modos de vida. Assim, como componente das unidades básicas de saúde.

Desse modo, para realizarmos os pressupostos de análise crítica sobre as experiências adversas na infância e suas interfaces com o processo de vulnerabilidade, iremos contextualizar a construção do conceito de infância.

1.1 Breve Recorte Histórico sobre a Infância

De acordo com Kuller (2009), a história da infância e o próprio conceito de infância revelam que somente recentemente essa fase da vida tem recebido reconhecimento e atenção tanto na sociedade em geral como nas pesquisas acadêmicas. Até o século XII, existem poucas, ou mesmo nenhuma, evidência documental que aborde crianças ou assuntos relacionados à infância. No entanto, em uma perspectiva em que a criança deixa de ser considerada meramente uma formação biológica (sendo a infância e seu desenvolvimento explicados como algo natural, dominante e imutável), ela passa a ser vista como um ser histórico e cultural que gradualmente conquista seu espaço na sociedade em que está inserida. No entanto, essa concepção da infância era fragmentada na época, com momentos em que sua inserção era enfraquecida e em outros tratada como insignificante. A autora também observa que, dentro das definições de infância, havia uma separação de classes, com as crianças pobres sendo excluídas dos estudos e pesquisas da época, sendo consideradas sem importância (Kuller, 2009).

Os autores discutem sobre a construção histórica da infância e suas particularidades de cada época. Segundo Frabboni (1998), a criança na Idade Média era vista com um adulto em miniatura, a “Criança-Adulto”, que não teve essa infância que conhecemos hoje. Nesse período, as crianças eram ignoradas, viviam à margem da sociedade, não existia um conhecimento sobre as suas particularidades, quiçá uma preocupação a respeito de seu desenvolvimento, pois não eram distinguidas da pessoa adulta, pelo contrário, eram vistas como seres incompletos. Em *História social da criança e da família*, Ariès (1978) também analisa a infância pensando sobre sua construção histórica, e aponta para existência de infâncias diversas. Ainda segundo o autor, essas crianças eram enxergadas ora como adultas, e em outros momentos eram usadas como objetos de diversão, como se fossem animais de estimação. Dessa forma, de acordo com Ariès (1978), tal particularidade e sentimento do que consideramos infância atualmente não serão vivenciados e nem reconhecidos por todas as crianças, devido às questões políticas, econômicas, sociais e culturais.

1.2 Infância no Contexto Brasileiro

A infância no contexto brasileiro é marcada por carências, violências e privações. Estudos revelam que a realidade das crianças e adolescentes no Brasil passou (e ainda passa) por problemas graves, tais como: maus tratos, abusos sexuais, mortalidade infantil, fome, crianças em situação de rua, miséria e escravidão ligadas ao trabalho; tais problemas são apontados pela negligência do Estado em desconsiderar tais realidades, além da responsabilidade da sociedade de forma geral (Henick & Faria, 2015).

Segundo Ramos (1997), nos séculos XVI e XVII, as crianças eram chamadas de “grumetes”, tinham baixa expectativa de vida, aproximadamente 14 anos, enquanto “cerca da metade dos nascidos vivos morria antes de completar sete anos” (Ramos, 1997, p.18). A realidade era de doenças e fome. As crianças tinham o seu trabalho explorado ao máximo, enquanto suas curtas vidas durassem. Nas embarcações, o autor relata que crianças e adolescentes a bordo desempenhavam funções que normalmente seriam exercidas por um homem, o que distinguia era o valor que recebiam pelo trabalho, e, além disso, sofriam agressões e abusos.

De acordo com Faleiros (1995), em meados do século XVII, inúmeras crianças eram abandonadas nas portas de igrejas, nas ruas, nas casas e até nos montes de lixo. Em decorrência de toda essa desordem, o Estado e a Igreja passaram a se preocupar em solucionar esse problema, que ocupou um espaço estratégico naquele contexto histórico. Foram promovidas ações de diferentes formas de assistência filantrópica, direcionadas às crianças abandonadas, órfãs ou vulneráveis. Outro exemplo significativo das ações que o Estado brasileiro promoveu foi em relação a crianças indígenas. De acordo com Chambouleyron (1999), as crianças indígenas eram entregues pelos pais aos padres da Companhia de Jesus, para que as “normalizassem”, isto é, fossem catolizadas, e que se transformassem em crianças europeias. Elas eram consideradas como uma espécie de “papel branco”, no qual poderiam modificar as práticas de antropofagia, a nudez e a poligamia.

[...] a lei que lhes hão-de dar [aos índios] é defender-lhes comer carne humana e guerrear sem licença do Governador; fazer-lhes ter uma só mulher, vestirem-se pois têm muito algodão, ao menos depois de cristãos, tirar-lhes os feiticeiros, mantê-los em justiça entre si e para com os cristãos: fazê-los viver quietos sem se mudarem para outra parte, se não for para entre cristãos, tendo terras que lhes bastem, e com estes padres da Companhia para os doutrinarem (Nóbrega & Leite, 1956, p.450).

Em 1824, ao ser promulgada a primeira e única constituição do Brasil Imperial, não havia qualquer referência à proteção e/ou garantia de direitos às crianças e aos adolescentes, que nem sequer eram mencionadas, já que seu principal objetivo era a centralização administrativa. Neste período, as crianças eram catequizadas, visando à padronização da nova ordem que se estabelecia, pautada na defesa da moral e dos bons costumes (Oliveira, 2005).

Ainda, conforme Rizzini (2000), na segunda metade do século XIX, o imperador D. Pedro II começa a se preocupar com a formação educacional das crianças, e em decorrência disto, são promulgadas leis que se dedicam ao ensino primário e secundário, com decretos que determinavam a obrigatoriedade da educação a todos os meninos maiores de sete anos. A pobreza não constituía impedimento para que qualquer criança pudesse ter acesso ao ensino. As exceções eram os meninos com doenças contagiosas, os que não fossem vacinados e as crianças escravizadas. Mas, nesse contexto do Brasil Império, quem eram as crianças pobres que, de fato, usufruíam da formação educacional? Outra contradição da educação obrigatória no Brasil Império era a exclusividade aos meninos.

A realidade das crianças escravizadas também estava longe do conceito de infância que temos atualmente. Sobre o conceito de escravidão, segundo Cardoso (1998), há uma dificuldade em determiná-lo, pelas variadas manifestações históricas, por sua complexidade dinâmica, e que, portanto, não há uma definição satisfatória entre os estudiosos da temática. Ao se indicar um critério minimamente consolidado, seria dizer que a escravidão se localiza nas relações de trabalho, em que a pessoa escravizada seria o trabalhador e estaria afastada completamente do controle dos meios produtivos, e, além disso, também seria privada do controle de seu próprio esforço produtivo. O autor defende que a escravidão não é um *status*, mas sim um processo. A pessoa escravizada é reduzida a um objeto, como uma mercadoria lucrativa, sendo uma das várias dimensões da escravidão. Logo, se nessa época que ainda não existia um sentimento e uma preocupação com a infância de crianças não escravizadas, menos ainda havia para as crianças escravizadas.

As crianças que chegavam em navios negreiros pareciam esqueletos, cheias de sarna, problemas de pele e outras moléstias e ficavam sujeitas a tratamentos horríveis para poder enfrentar e bem impressionar seus compradores. Não eram consideradas um bom investimento para o futuro, o presente era o que importava e os pequenos apareciam apenas como mais uma boca a ser alimentada. Para os donos, a maior serventia das crianças nascidas no lugar era o fato de tornar possível a existência de uma ama de leite para alimentar seus filhos. Mas para isso, não havia necessidade de sobrevivência do filho da escrava. Essa mentalidade, certamente não deliberada e clara, mas sutil, tornava a vida da criança escrava pouco valorizada. Mas a ama de leite era importante e o

aleitamento era visto como valioso, tanto pela Igreja como pelos conceitos médicos vigentes e assim, as mulheres escravas que davam à luz, eram empregadas como fornecedoras de alimento para crianças de outras categorias. Chegavam mesmo a ser alugadas por bom preço para esta finalidade. Isso, evidentemente prejudicava seus próprios filhos que muitas vezes sofriam grandemente com a escassez do leite materno (Scarano, 1999, pag.105).

Conforme Faleiros (1995), as baixas taxas de crescimento da população escravizada eram decorrentes de diversos fatores, como os abortos por maus-tratos, a alta mortalidade infantil em virtude das péssimas condições do cativo e os infanticídios praticados pelas mães como forma de livrar suas crianças da escravidão. O destino das crianças que sobreviviam era o trabalho. As escravizadas sofriam humilhações, maus-tratos e abusos sexuais. No entanto, essas crianças não eram comumente abandonadas, uma vez que “sua sina estava traçada como propriedade individual, como patrimônio e mão-de-obra” (Faleiros, 1995, p.224).

As particularidades direcionadas aos filhos de pessoas escravizadas começam a surgir na legislação a partir de 1850 e, em 1871, envolta na conjuntura das transformações que se processavam no país, é promulgada a Lei n. 2.040, conhecida como Lei do Ventre Livre (Rizzini, 1995). A autora destaca a controvérsia em torno dessa lei, polêmica por estabelecer uma liberdade falsa, pois as crianças “livres” poderiam ficar aos cuidados dos senhores (caso fosse da vontade destes) até os 21 anos de idade ou elas seriam entregues ao governo. Apesar da incoerência, a Lei do Ventre Livre constituiu marco importante em direção à Abolição da Escravatura, com mudanças impostas à sociedade em se tratando, inclusive, da perspectiva em relação à criança.

Com a Proclamação da República em 1889, esperava-se transformações e garantias à população brasileira. De acordo com Passeti (1999), as mudanças não vieram, pelo contrário, intensificaram-se os problemas sociais, econômicos e políticos. Muitas crianças vivenciaram crueldades inimagináveis. A precariedade da vida das pessoas que residiam em periferias, em construções clandestinas, cortiços ou favelas, revelava dificuldades das famílias em garantir a sobrevivência de seus filhos, e por isso, levava-os a abandonar cada vez mais suas crianças. Em consequência do abandono de crianças, a situação de mendicância tornou-se um problema de Estado com políticas sociais, visto que a filantropia privada e seus orfanatos não conseguiram atender a tantas demandas. Neste cenário histórico, são apontados dois momentos em que as famílias em extrema pobreza e vulnerabilidades sociais precisaram abandonar suas crianças – no século XVII e em 1889.

Nos anos finais da década de 1920, o Brasil enfrentava grandes mudanças econômicas,

sociais e graves problemas políticos. No que se refere às relações sociais construídas no Brasil, os grandes centros urbanos foram marcados pelo crescimento descontrolado da população e, em consequência deste processo, observou-se o aumento do desemprego, da prostituição, de pessoas em situação de rua, crianças que passaram a morar e trabalhar nas ruas das grandes cidades. Tais contradições sociais comprometiam diretamente o projeto econômico da burguesia em ascensão na época, que vislumbrava as ruas dos centros como espaço de circulação de dinheiro (Costa, 2012).

Segundo Andreotti (2006), a educação nesse período estava envolvida por agitações econômicas e políticas, existindo assim, a necessidade de reformas educacionais; tais reformas ambicionavam atender aos anseios do processo de modernização, dando à escola um projeto de ascensão e inserção social. Porém, de acordo com Costa (2012), apesar de todo o entusiasmo pela educação no Brasil, o número de matrículas era grande, mas a demanda não foi atendida. Em relação às minorias excluídas da sociedade, no que se refere à escolarização, encontravam-se crianças e jovens em situação de abandono, recorrendo à mendicância e ao envolvimento com a criminalidade, tornando-se crianças “perigosas”. Desse modo, respeitando os interesses econômicos e políticos da burguesia da época, o Estado passou a criar formas de controle e repressão sobre esses meninos e meninas. É neste momento, especificamente em 1927, que o Código de Menores surge como sendo o primeiro documento legal para a população menor de 18 anos, conhecido também como Código Mello Mattos.

A infância que enxergamos hoje nunca havia sido considerada no Brasil, crianças e adolescentes eram responsabilizados e culpabilizados como adultos e seu caráter de desenvolvimento era ignorado. Além disso, as medidas enxergadas pelo poder público eram com viés assistencialista e punitivo.

Somente em 1988, a Constituição Federal brasileira trata “com absoluta prioridade” assegurar e garantir os direitos às crianças e aos adolescentes, o Estado pretende protegê-los da família “desequilibrada” e dos maus-tratos que venham a sofrer. Começam a ser enxergados como sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento (Brasil, 1988). Então, existe a garantia dos direitos de educação, saúde, alimentação, acesso à moradia, políticas sociais, entre outros. É importante pontuarmos que a garantia da educação infantil ocorreu pela primeira vez na história do Brasil por meio da Constituição Federal de 1988. Assim, crianças de zero a seis anos passaram a ter o direito de frequentar creches e escolas. Almeida (2010) diz ainda que:

A constituição Brasileira de 1988 inaugurou uma nova fase doutrinária em

relação à criança e ao adolescente. Foi a primeira constituição brasileira que considerou explicitamente a criança como sujeito de direitos e também foi a primeira constituição brasileira que falou de creches e pré-escolas. Estas instituições aparecem como direito dos trabalhadores homens e mulheres, urbanos e rurais, que têm “direito à assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas” (Almeida, 2010, p.52).

Dessa forma, a criança passa a ser vista como cidadã e lhe são conferidos direitos assegurados por lei. É por causa da Constituição Federal de 1988 e da forte mobilização coletiva da sociedade que nasce, em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nesse período, a sociedade visava à proteção das crianças, buscando superar as feridas dos descasos do Estado, que se agravaram especialmente no período da Ditadura Militar brasileira. Segundo Sudbrack (2004), entre os anos de 1985 e 1995, ocorreu no Brasil o “extermínio de meninos de rua”, expressão utilizada para denominar crianças desprotegidas de recursos que moravam ou passavam a maior parte do tempo vivendo nas ruas, que não eram necessariamente infratores. O fenômeno do extermínio de meninos de rua é o resultado infeliz da ação de grupos violentos, da ausência e negligência da defesa das crianças pelo Estado, assim como também da omissão da sociedade civil frente ao problema. O trecho a seguir relata as violências ocorridas no nosso país:

A violência em relação a certas camadas da população nacional tem origem em práticas antigas, como, por exemplo, aquelas existentes durante o regime colonial e o período escravocrata. Com efeito, os índios e os escravos negros foram vítimas da violência dos agentes do Estado, durante mais de cinco séculos, sendo muitas vezes eliminados fisicamente. Na República, implantada em 1889, a repressão policial contra os desfavorecidos destaca-se, sobretudo, nos períodos de autoritarismo político, como o Estado Novo (1937-1945) e o regime militar (1964-1985). Se a partir dos anos 20 e 30, inicialmente os anarquistas, depois, os comunistas, se durante o regime militar, todos que se opunham a este, eram considerados como “inimigos da sociedade” e, portanto, objeto de uma forte repressão, nos anos 80, os meninos de rua passam a constituir esse grupo “perigoso”, o que enseja um controle social severo dos mesmos com apelo, inclusive, à eliminação física (Sudbrack, 2004, p.23).

Segundo Maida (2018), o cenário brasileiro demonstrava a urgência de movimentos que se organizassem para conquistar direitos e combater as violências das quais crianças eram vítimas, principalmente crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, que viviam em instituições repressivas e os que viviam nas ruas e praças das cidades brasileiras. Despontam movimentos populares inicialmente, em seguida convenciona a expressão

“movimentos sociais” para este tipo de mobilização, com a participação de profissionais da educação, intelectuais das diversas áreas, trabalhadores sociais, pessoas ligadas a igrejas, e líderes comunitários na luta pela defesa e promoção dos direitos de cidadania dessa população. Neste momento, surge o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR)¹, ligado profundamente com a situação da infância e da adolescência das classes populares no Brasil na década de 1980. Nos próximos capítulos, apresentaremos e discutiremos o ECA.

Por meio da distância histórica, dos conceitos de infâncias, e a sua constituição política da sociedade brasileira é que se pode compreender as consequências do olhar sob a infância discutida na matriz das experiências adversas na infância. Ao analisar o caráter histórico da questão de como a sociedade brasileira observa a infância, nota-se outros fatores importantes, como o desenvolvimento e crescimento de tais crianças na modernidade, e as condições e determinações sociais que asseguram uma infância livre e saudável.

O Cenário das Infâncias Brasileiras Hoje

A reflexão sobre o espaço que as crianças ocupam implica considerar a evolução dos conceitos de infância, bem como os fatores de proteção, direitos e leis que vêm sendo adaptados ao longo de todos esses anos. Atualmente, crianças e adolescentes contam com um conjunto de direitos destinados a assegurar seu desenvolvimento integral, incluindo proteção, educação, saúde, segurança, lazer, alimentação e participação social, entre outros. No entanto, ainda existem obstáculos significativos para garantir a plena realização desses direitos, sobretudo para as crianças em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Da mesma forma que compreender a infância é importante, faz-se necessário questionar os avanços em políticas públicas que garantam os direitos desse público.

Ademais, a falta de investimento em políticas públicas para a infância, a desigualdade social, a violência e falta de acesso a serviços de qualidade são barreiras que afetam seu desenvolvimento integral. É incontestável que abordar as questões referentes à infância hoje implica necessariamente considerarmos os efeitos da pandemia de Covid-19, que causou um grande custo humano direto, com milhões de pessoas adoecendo e morrendo, sendo que, apenas no Brasil, mais de 619.000 pessoas vieram a óbito em decorrência dessa doença no

¹ De acordo com Gohn (2013), o MNMMR surge em 1985, como entidade não governamental, na participação de pessoas e entidades vinculadas com programas alternativos de atendimento a meninos e meninas em situação de rua.

ano de 2021, e 699.917 até março de 2023 (Brasil, 2023), além de uma queda sem precedentes no mercado de trabalho, afetando diretamente milhares de famílias. Sabemos que alguns dos efeitos da pandemia são visualizados hoje, outros só poderão ser avaliados no futuro.

Segundo os dados do IBGE (2019), o Brasil abrange uma população de 211,7 milhões de pessoas, das quais 53.759.457 têm menos de 18 anos de idade; mais da metade de todas as crianças e adolescentes brasileiros são afrodescendentes e um terço dos cerca de 820 mil indígenas do país são crianças. É importante ressaltar um dado alarmante, a taxa de mortalidade infantil é mais elevada entre as crianças indígenas, que possuem duas vezes mais risco de vir a óbito antes de completar um ano de idade do que as demais crianças brasileiras (DATASUS, 2011). Ainda sobre essa questão, de acordo com Marinho et al. (2019), a saúde das crianças indígenas no país é altamente complexa e marcada por uma transição significativa na saúde, momento em que se observa uma junção de enfermidades infecciosas e deficiências nutricionais, doenças crônicas não transmissíveis e causas externas (especialmente suicídios) que contribuem para sua morbimortalidade. Ademais, a situação de saúde das crianças indígenas é notavelmente diferente daquela vivenciada por crianças não indígenas, pois apresenta níveis substancialmente mais altos de mortalidade infantil, desnutrição e doenças infecciosas relacionadas às condições de vida, particularmente à falta de saneamento adequado.

De acordo com os dados do Cenário da Infância e Adolescência no Brasil (Fundação Abrinq, 2022), no ano de 2021, estimava-se que 70,4 milhões de crianças e adolescentes entre zero e 19 anos de idade residiam no Brasil. Este estudo, além de relacionar os dados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também analisa os impactos da pandemia da Covid-19 no país. No que se refere aos dados divulgados sobre nascimentos e óbitos de crianças no ano de 2020, houve uma queda das taxas de mortalidade infantil e na infância: de 12,4 a cada 1.000 nascidos vivos em 2019, o indicador referente à mortalidade infantil caiu para 11,5 a cada 1.000 nascidos vivos em 2020. No que diz respeito a mortalidade na infância, esta caiu de 14,4 em 2019 para 13,2 em 2020.

Segundo Levy (2022), desde o início da pandemia, a Covid-19 foi responsável pela morte diária de duas crianças menores de 5 anos no Brasil, resultando em um total de 599 mortes nessa faixa etária em 2020; com o aumento da letalidade da doença em toda a população em 2021, o número de óbitos infantis saltou para 840. Assim, durante os dois primeiros anos da pandemia no Brasil, ocorreram 1.439 mortes de crianças com até 5 anos de idade devido à Covid-19, com quase metade dessas fatalidades concentradas na região

Nordeste, segundo estudo.

Os dados se tornam ainda mais preocupantes, pois apresentam que 56,9% dos casos de óbitos de crianças menores de 1 ano poderiam ser evitados com a melhoria da atenção integral à mulher, incluindo atenção pré-natal, assistência ao parto e pós-parto, cuidados com o recém-nascido, bem como prevenção e tratamento de doenças relacionadas à saúde feminina (Fundação Abrinq, 2022). Segundo Silva (2022), o aumento dos casos de Covid-19, acompanhado das limitações no acompanhamento médico e mudanças nas estratégias de atendimento durante a pandemia, ocasionou descontentamento por parte de algumas mulheres em relação às consultas pré-natais. Além disso, constatou-se que interrupções – em função da pandemia –, no atendimento pré-natal estiveram correlacionadas a níveis mais elevados de sintomas depressivos e ansiosos relacionados à gestação.

As consultas pré-natais foram afetadas pela pandemia de várias maneiras, incluindo a limitação do acesso a orientações sobre amamentação e parto, como também mudanças no foco das consultas, que se concentraram principalmente em informações sobre a Covid-19 e seus impactos, o que limitou o conhecimento das mulheres sobre tópicos importantes relacionados à gravidez, parto e pós-parto. É importante destacar que as consultas pré-natais periódicas são extremamente importantes para a promoção da saúde infantil, para identificar fatores de risco, prevenir doenças, detectar precocemente problemas de saúde e garantir uma melhor qualidade de vida na infância. Além disso, as consultas são fundamentais para monitorar e orientar o tratamento de crianças com comorbidades, garantindo intervenções mais adequadas.

Ainda de acordo com as informações apresentadas pela Abrinq (2022), uma porcentagem de 4,6% das mortes poderia ser evitada por meio de intervenções adequadas de tratamento e diagnóstico precoce, enquanto outras 4,6% poderiam ser prevenidas por meio de ações de promoção à saúde. A taxa de mortalidade materna também se destaca como um dos principais desafios enfrentados pelo Brasil, especialmente durante a pandemia da Covid-19, quando os óbitos relacionados à gestação, parto e puerpério foram influenciados negativamente. A presença de comorbidades também é um fator de risco importante que aumenta a probabilidade de evolução desfavorável em casos graves, muitas vezes com mais de uma patologia pré-existente identificada. Entre as gestantes que vieram a óbito, 26% eram obesas, 23% apresentavam cardiopatia, 21% eram diabéticas, 8% tinham asma brônquica, 4% apresentavam imunodepressão e 2% tinham doenças hematológicas. A avaliação da assistência à gestante revelou aspectos que precisam ser analisados e modificados, como a descontinuação dos serviços de saúde e a dificuldade enfrentada pelas famílias em fornecer

suporte social devido ao isolamento (OOBr, 2021). Superar esses desafios deve ser um dos objetivos do Estado, das entidades, e de toda a sociedade, pois é necessário proporcionar aos estados e municípios a implantação de políticas mais eficazes de assistência à mulher, tanto durante a gravidez, como no parto e o puerpério.

No que se refere ao perfil econômico das crianças brasileiras, de acordo com o relatório do Banco Mundial (2022), no ano de 2020, houve aumento da pobreza extrema em todo o mundo, impactando diretamente o público infanto-juvenil. Segundo Lin et al. (2022), a pobreza é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de uma pessoa adulta, mas é ainda mais alarmante para as crianças na primeira infância, uma vez que este período é crucial para o desenvolvimento de suas capacidades físicas, psicológicas e intelectuais, na medida em que pode resultar em consequências irreversíveis para a saúde física e mental das crianças. Portanto, podemos afirmar que a pandemia foi capaz de acentuar ainda mais as diferenças sociais entre os indivíduos, principalmente em um país que já era considerado um dos mais desiguais do mundo.

Entre 2018 e 2021, o número de crianças e adolescentes no Brasil que sofrem de privação de renda necessária para uma alimentação adequada aumentou de 9,8 milhões para 13,7 milhões, um aumento de quase 40%. Esse aumento afeta especialmente crianças e adolescentes negros(as) e indígenas, que tiveram uma queda significativa na taxa de privação extrema de direitos de 17% para 7,6% entre 2009 e 2018. Essas informações foram obtidas por meio da análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) realizada em 2017/2018 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (Pnad Contínua) entre 2018 e 2021.

No âmbito educacional, apesar dos avanços no acesso, ainda há uma grande parcela de crianças que estão fora das escolas e creches. Segundo Unicef (2023), em 2019, mais de 4 milhões de crianças e adolescentes estavam privados do direito à educação, o que significa que elas não frequentavam um estabelecimento educacional (privação extrema) ou frequentavam a escola com atraso ou sem estar alfabetizadas na idade adequada (privação intermediária). Embora a privação educacional tenha diminuído ligeiramente ao longo dos anos, a pandemia da Covid-19 intensificou negativamente ainda mais os indicadores, especialmente em relação ao aumento do analfabetismo.

No que concerne à questão de moradia, no Brasil, cerca de um em cada dez crianças e adolescentes residem em moradias inadequadas, que podem ser caracterizadas por dormitórios ocupados por quatro ou mais pessoas ou por paredes construídas com materiais inadequados, como madeira reutilizada. Além disso, a falta de condições adequadas de moradia é um

problema significativo em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, onde mais de 10% das crianças e adolescentes vivem em condições precárias, apesar dos altos níveis de desenvolvimento socioeconômico (Unicef, 2023).

Os dados apresentados são alarmantes, especialmente considerando que as crianças são as mais afetadas por essas questões. Diante disso, é essencial que sejam implementadas ações que fortaleçam o sistema de saúde, combatam a fome, ampliem a distribuição de renda e direcionem recursos financeiros para áreas prioritárias, como a educação, a moradia e a alimentação de qualidade. Ademais, é necessário aumentar os investimentos na alimentação escolar, já que, em muitos casos, essa é a única refeição diária disponível para as crianças em situação de vulnerabilidade. Tais intervenções são fundamentais para garantir um desenvolvimento infantil saudável e assegurar um futuro melhor para as próximas gerações.

Capítulo 2 – A Matriz Conceitual de Experiências Adversas na Infância

De acordo com Pedrosa (2018), é fato que a atualidade, as questões políticas, sociais, ambientais e econômicas intensificam os fatores de risco para a saúde, desde variáveis biológicas até fatores psicossociais. Por isso, a temática a respeito das Experiências Adversas na Infância (EAI) vem recebendo notória atenção pelos pesquisadores nos últimos anos Silva, & Maia, (2010); Bellis, et. al., (2014); Halonen, et. al., (2014); Chatzitheochari, et. al. (2016); Silva, & Mota, (2018); Morgart, et. al., (2021); Pereira, & Viana. (2021); Stochero, et. al., (2021).

Entendemos por EAI, de acordo com Stochero, et el. (2021), o conjunto de atos perpetrados ou omissões dirigidas às crianças, que variam de condições contextuais, como viver em um ambiente familiar conturbado, violências, separação ou divórcio, a morte de um ou ambos os pais e outros. Tais experiências adversas muitas vezes ocorrem ao mesmo tempo e expõem as crianças a várias situações de riscos consecutivas ou mesmo simultâneas.

Em 2009, a Organização Mundial de Saúde e o *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* recomendaram a expansão do conceito de EAI, por suas consequências à saúde pública. Depois do encontro dessas duas entidades, o conceito de EAI passou a incluir: casamento forçado, testemunho de crime ou violência na comunidade, *bullying* e violência física ou emocional entre irmãos (Pedrosa, 2018).

Ainda de acordo com o autor (Pedrosa, 2018), cada vez mais entendemos os impactos das EAIs na saúde e no desenvolvimento, pois sabemos que tais experiências se tornam fatores de risco para questões de saúde mental, que podem se iniciar na infância e perdurar até a vida adulta. Além disso, o que se objetiva com tantos estudos é prevenção e intervenção, o quanto antes, no que pode causar danos ao desenvolvimento. Mas apesar da grande relevância, há uma dificuldade em definir o conceito de EAI, por questões culturais, pelas inúmeras interpretações que cada sujeito pode fazer. Não obstante, outros termos como “estresse tóxico”, “maus-tratos infantis”, e “eventos estressores”, são utilizados como termos distintos, embora descrevam vivências traumáticas. No entanto, o termo EAI alcança cada vez mais situações consideradas como perigosas e mais abrangentes do que o termo de maus-tratos, que está associado mais especificamente a situações de abuso e negligências.

Os riscos ou adversidades são as circunstâncias do ambiente, capazes de intensificar a probabilidade de causar efeitos não esperados ao desenvolvimento psíquico. Esses efeitos que ocorrem individualmente, podem ser considerados fatores de risco para crianças e adolescentes, como: síndrome pós-traumática, depressão, ansiedade, estresse, transtornos de

personalidade, evasão escolar, gravidez precoce, problemas de aprendizagem, uso de drogas, violência doméstica, desagregação familiar, violência física, abandono, abuso entre outros. Além disso, quando os fatores de riscos são correlacionados de maneira interativa, há ainda mais chances de sérios prejuízos para o desenvolvimento infantil (Sapienza & Pedromônico, 2005).

De acordo com Franke (2014), o estresse é uma resposta às nossas variadas demandas cotidianas ao longo da vida, e está presente nas experiências positivas ou negativas. Os eventos estressores podem ser físicos, psíquicos, sociais e cognitivos, e todos podem provocar, na mesma proporção, respostas do corpo ao estresse. A resposta do corpo ao estresse gera como consequência a estimulação do sistema nervoso simpático, gerando respostas fisiológicas que compreendem tornar a respiração ofegante, os aumentos da frequência cardíaca, da pressão arterial e do consumo geral de oxigênio. Na maioria das circunstâncias, tais alterações fisiológicas associadas à resposta ao estresse são limitadas e transitórias, com o corpo voltando ao seu estado inicial, quando o evento estressor é removido. Contudo, as respostas ao estresse tóxico incluem uma resposta fisiológica anormal de prevalência permanente e prolongada.

Shonkoff & Garner et al. (2012), constataram que crianças que vivenciam o estresse precoce podem sofrer com grandes prejuízos ao seu desenvolvimento e saúde, demonstrando que o estresse precoce pode ser um grande fator de risco para a vida adulta. Os autores afirmam que há três tipos de respostas ao estresse: o positivo, o tolerável e o tóxico.

Uma resposta positiva ao estresse refere-se a um estado psicológico de duração breve e de intensidade leve a moderada. É possível superá-lo, desde que os cuidadores sejam, e se mostrem pessoas disponíveis, atenciosas e responsáveis, oferecendo suporte à criança, ajudando-a lidar com frustrações e exercendo uma proteção para auxiliá-las ao seu sistema de resposta ao estresse, retornando ao nível inicial de conforto e segurança. Como exemplos de uma resposta positiva ao estresse em crianças menores, há: o primeiro dia na creche, conhecer pessoas novas, aprender algo diferente. Se a criança se sente protegida, em um ambiente estável e de apoio, ela recebe respostas positivas ao estresse e essas serão elementos dos quais ela irá se beneficiar e potencializar o seu crescimento e desenvolvimento saudável (Shonkoff, Garner et al., 2012).

Já o segundo tipo, o estresse tolerável, refere-se à exposição a experiências inesperadas, as quais apresentam fatores de risco ou ameaça ao indivíduo, como, por exemplo, o luto de um ente querido, divórcio conflituoso dos pais, uma doença ou lesão grave, desastres naturais ou até mesmo atos de terrorismo. Apesar disso, se a criança estiver inserida em um

ambiente de apoio e proteção, fornecida por adultos, ela terá mais recursos para enfrentar as experiências adversas, reduzindo consideravelmente os danos fisiológicos e consequências de longo prazo à saúde. Ou seja, a característica principal para reduzir os danos ao desenvolvimento infantil são os relacionamentos das crianças com adultos protetores, que facilitam o enfrentamento da criança. E por último, temos o terceiro tipo, a resposta ao estresse tóxico, que é uma falha do corpo em se recuperar completamente; é o tipo mais danoso ao desenvolvimento, com consequências perigosas e negativas em diversas áreas da vida do indivíduo a curto, médio e longo prazo.

Ainda de acordo com o Shonkoff, Garner et al. (2012), o estresse tóxico ocorre na ausência de apoio e suporte protetor para a criança por parte dos cuidadores responsáveis. É descrito como uma forte reatividade do organismo, com frequência ou prolongada ativação do corpo ao sistema de resposta ao estímulo estressor. Na falta dos relacionamentos de um suporte protetor para a criança por parte dos adultos cuidadores, as crianças acabam por sofrer efeitos fisiológicos importantes ao seu desenvolvimento que ocorrem durante as fases sensíveis do desenvolvimento. São exemplos de estresse tóxico: negligência, abuso, pobreza extrema, violências, conflitos familiares, escassez de alimentos, familiares em abuso de substâncias e com problemas de saúde mental podem também predispor a criança a uma resposta ao estresse tóxico. Além disso, se uma criança é exposta a eventos estressores diariamente de forma contínua, mesmo com a intensidade moderada ou de maneira crônica, o estresse causado pode se tornar tóxico.

Segundo Muller et al. (2007), eventualmente todas as crianças vivenciarão eventos estressores durante o seu desenvolvimento, sendo algo inevitável. Como exemplo disso, podemos pensar nas hospitalizações, doenças, acidentes, mudança de casa, nascimento de outro irmão. Portanto, é possível compreender também que tais experiências traumáticas não levam diretamente a criança a sofrer o estresse tóxico e suas consequências para saúde física e psíquica. Para vivenciar o estresse tóxico, é necessário que exista a falta de cuidadores que amparem essas crianças, ou que os cuidadores que não ofereçam uma rede de proteção e segurança.

De acordo com Martins (2020), as Experiências Adversas na Infância (EAIs) consideradas fatores de risco incluem abuso (psíquico, físico ou sexual), negligência (física, emocional, ausência de cuidado), baixo poder aquisitivo (pobreza extrema), doenças, incerteza no acesso e cuidados de saúde, habitação inadequada, insegurança alimentar, disfunção familiar (prisão, sofrimento psíquico – depressão materna –, violência doméstica ou comunitária, abuso de substâncias ilícitas por um dos membros da família, divórcio dos pais),

falta de relacionamento social. Tais fatores sugerem que existe uma relação direta entre EAI, o estado de saúde (problemas físicos e psicológicos) e a adoção de comportamento de risco, na infância e ao longo da vida adulta.

No ano de 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório sobre violências, afirmando dentre muitas informações, que a violência é um dos principais problemas mundiais, que pode acarretar problemas físicos, psicológicos e sociais, e que por isso, se torna uma questão de saúde pública. Tal relatório define violência como

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug, 2002, p.27).

A OMS propõe um modelo em categorias que classifica os tipos de violência mais específicos, são eles: a) a violência autoprovocada; b) a violência efetuada por indivíduos ou grupos; c) e a violência coletiva. A violência autoprovocada é subdivida em comportamento suicida (ideação suicida, tentativas de autoextermínio) e autoabuso (atos de automutilação, e lesões autoprovocadas) (Krug, 2002).

O relatório da Organização Mundial de Saúde de 2002 pontua ainda que nem toda violência provoca necessariamente lesões ou morte, e que limitar a violência poderia invalidar o impacto sobre pessoas, comunidades e a sociedade de forma geral. As consequências da violência podem ser manifestadas imediatamente, assim como podem ser latentes e perdurar por anos (Krug, 2002).

A violência interpessoal é definida em duas subcategorias: a primeira, intrafamiliar, nas maneiras agressivas da família se relacionar, usar a violência como instrumento de educação e para solução de conflitos, essa violência alcança ainda mais crianças e adolescentes em razão de maior fragilidade emocional e física. Um exemplo da violência interpessoal é o abuso infantil. E, em segundo lugar, a violência comunitária, que acontece envolvendo geralmente pessoas sem laços de parentesco, pessoas conhecidas ou pessoas desconhecidas, ocorrendo fora do ambiente doméstico. São exemplos da violência comunitária os atos aleatórios de violência, violência sexual por estranhos, violências no meio institucional como escolas, locais de trabalho, e outros (Krug, 2002).

E por último, a violência coletiva que, de modo geral, é caracterizada pela violência efetuada por grandes grupos e pelo Estado, envolvendo atos de exclusão e distinção. É subdivida em três categorias: violência social (envolvendo crimes de ódio cometidos por

grupos, terrorismo e violência de multidões), violência política (inclui conflitos de guerra, violência do Estado e outros) e a violência econômica (inclui ataques de grupos maiores negando acesso a serviços essenciais para um todo, em prol de ganho econômico próprio), (Krug, 2002).

Dentro das violências, há várias definições de maus-tratos, a maioria das quais caracterizam dois elementos principais: evidência de comportamento prejudicial para crianças e a presença de dano causado por esse comportamento. Os maus-tratos podem ser cometidos pela omissão, abandono, supressão ou violação dos direitos de crianças ou de adolescentes, definidos por normas socioculturais e convenções legais. Uma meta-análise afirmou que o Brasil é o país com as maiores estimativas de maus-tratos contra crianças no mundo. Neste estudo foram pesquisados abuso sexual, físico e emocional e as negligências físicas e emocionais em termo de 30 países (Viola, 2016).

E falando mais especificamente sobre violência sexual contra crianças e adolescentes, entidades e organizações não governamentais a definem como o envolvimento de uma criança ou adolescente em práticas sexuais não compreendidas totalmente, sendo esses incapazes de dar consentimento, ou para a qual não estão preparados (Habigzang, Hohendorff & Koller, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde definiu abuso sexual como todas as formas de práticas sexuais em que crianças e adolescentes não possuem condições psicobiológicas e maturacionais de enfrentamento, gerando como consequência transgressões às normas sociais, legais e morais. O abuso pode vir a ocorrer contra a vontade da criança ou adolescente, ou pela persuasão de sua vontade, por meio das relações de poder e confiança entre a vítima e o agressor, sendo que este se encontra em estágio psicosexual mais avançado que a vítima, fazendo uso de violência física ou psicológica (Habigzang, Koller & Ramos, 2011).

Dessa forma, o abuso psicológico e sexual apresenta-se sob forma de atividades eróticas e sexuais impostas à criança ou ao adolescente, e pode variar desde ações em que não se produz o contato sexual (exibicionismo, voyeurismo, produção de fotos, pornografia) até diferentes tipos de atitudes que incluem contato sexual com ou sem penetração (Dell’Aglia & Santos, 2009).

O abuso sexual pode vir a ocorrer em dois diferentes contextos: o intrafamiliar e o extrafamiliar. O abuso intrafamiliar ou incestuoso acontece dentro do ambiente doméstico, no qual o abusador realiza uma função de confiança, cuidado e poder em relação à criança ou adolescente. Já o abuso extrafamiliar ocorre fora das relações familiares, envolvendo, por exemplo, vizinhos ou desconhecidos e os casos de pornografia infantil e exploração sexual comercial (Habigzang, Koller & Ramos, 2011).

Segundo Martins (2020), os problemas de saúde mental como a ansiedade e depressão que estão ligadas ao período do puerpério e à maternidade impactam não somente a relação mãe-bebê, como também intensifica os riscos para o desenvolvimento da primeira infância saudável. Tais riscos são variados, como pela fragilização do cuidado com o bebê, do apego excessivo da mãe com o bebê, do ambiente com pouca estimulação, que conseqüentemente gera comprometimento da interação, prejudicando a formação psíquica do bebê, com alterações que podem impactar a curto e longo prazo tanto as mães quanto as crianças. As crianças podem sofrer o impacto de interferências no vínculo afetivo no início da vida, além de se observar dificuldades de adaptação e repercussões na linguagem, no desenvolvimento neurológico, cognitivo e socioafetivo. É importante ressaltar que questões de ansiedade e depressão estão fortemente relacionadas ao nível socioeconômico.

Outro fator extremamente importante e que influencia a vivência de crianças e adolescentes diz respeito às condições de saúde nutricional, ou alimentar. E por Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) entende-se que todos têm direito ao acesso regular e permanente a quantidades adequadas de alimentos de qualidade, sem comprometer outras necessidades essenciais, econômicas e socialmente sustentáveis. Portanto, consiste em práticas alimentares que promovam a saúde (Brasil, 2006). Contudo, dados recentes do Inquérito Nacional de Insegurança Alimentar no Brasil no Contexto da Pandemia da Covid-19, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (PENSSAN) no ano de 2021, nos fornecem uma caracterização precisa e abrangente da situação alarmante de Insegurança Alimentar (IA) e fome no Brasil hoje. Os resultados da pesquisa demonstram forte impacto da situação política e econômica do país no contexto pandêmico, pois menos da metade dos domicílios brasileiros (44,8%) teve segurança alimentar. Dos demais, 55,2% estavam em insegurança alimentar; 9% viviam com fome, ou seja, estavam em IA grave. Os dados revelam que tal situação é ainda mais grave nos domicílios da zona rural (12%). Dos 211,7 milhões de brasileiros, 116,8 milhões sofrem de algum grau de Insegurança Alimentar (IA), dos quais 43,4 milhões não têm comida suficiente e 19 milhões de brasileiros passam fome.

2.1 As Vulnerabilidades da Criança diante das Experiências Adversas para o Seu Desenvolvimento

O Desenvolvimento Infantil (DI) é progressivamente mais estudado, explicado e entendido como um processo amplo e complexo, com o intuito de compreender a importância

da promoção de saúde, do desenvolvimento integral saudável e trata a alimentação e nutrição de qualidade, o acesso e as garantias aos serviços de saúde, em um ambiente familiar acolhedor, seguro e que estimule o desenvolvimento das crianças, bem como relações que forneçam uma rede de apoio. Assim, traremos a definição de DI de Souza (2014):

O Desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento (Souza, 2014, p.102).

Nesse sentido, o Desenvolvimento Infantil (DI) é visto como dinâmico e único para cada criança e também é por essa razão que a primeira infância desempenha um papel decisivo no desenvolvimento.

Em um artigo de revisão, os autores Souza e Veríssimo (2015) buscaram encontrar definições sobre Desenvolvimento Infantil, o que pode influenciar positiva e negativamente, as suas caracterizações, os eventuais benefícios se houver desenvolvimento adequado e o que pode acarretar seu prejuízo. A respeito da definição de Desenvolvimento Infantil, os resultados foram múltiplos, e os seguintes: a) o processo, que envolve a relação entre o indivíduo e o ambiente, é capaz de gerar impactos no desenvolvimento, sendo contínuo, dinâmico e progressivo; b) é concebido por suas características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais; c) é definido por suas aquisições de habilidades e aprendizagens, caracterizadas por fases e estágios do desenvolvimento; d) é ainda considerado como um processo em constante movimento, da própria criança; e) sendo necessária uma relação de cuidado, e de um contexto propício; e, por último, f) é definido também como um meio onde a criança se integra à sociedade.

Das definições acima apresentadas, compreendemos o quanto o processo de desenvolvimento é dinâmico, constante, e quão importantes são as interações para o desenvolvimento saudável, em todos os contextos, como o social, educacional, familiar e comunitário. Além de ser crucial, ainda, que a criança se sinta livre para também ser ativa no seu próprio processo de desenvolvimento.

Na pergunta sobre o que influencia o Desenvolvimento Infantil (DI), os resultados foram: aspectos relacionados à gestação (que envolvem questões de exposição da gestante à poluição ambiente, a gestante faz uso de medicamentos, álcool, tabaco e outras drogas, alimentação e nutrição, além do histórico de doenças maternas); aspectos sobre o crescimento físico da criança (que envolvem questões de crescimento, prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, e se existe a presença de doenças); ao cuidado da criança (que abrangem questões de saúde mental materna, o próprio desenvolvimento cognitivo dos cuidadores, a criação de vínculo e a interação dos cuidadores com a criança, as particularidades do ambiente onde a criança vive, a exposição a violências, e se há intervenções profissionais para possibilitar o melhor desenvolvimento); e, por último, as condições socioeconômicas em que essa criança vive (Souza & Veríssimo, 2015). Além disso, foi constatado que crianças que vivem abaixo da linha de pobreza, possuem a cor da pele negra, com pais com baixa escolaridade, e em famílias monoparentais, ou que são constituídas pelas figuras de madrasta/padrasto, apresentaram maior risco para interações sociais, precária competência social e mais problemas comportamentais (Assis et al., 2009).

A respeito do que caracteriza o Desenvolvimento Infantil (DI), os resultados foram: a obtenção de habilidades em áreas variadas (habilidades motoras, que se refere à aquisição de movimentos, como andar, correr, pular, controle, a agilidade manual); habilidades cognitivas (capacidades referentes ao raciocínio, memória, e inteligência); habilidades de linguagem (capacidade de se expressar pela comunicação); e, por fim, as habilidades psicossociais (que se referem à capacidade de interações sociais), (Souza & Veríssimo, 2015).

Sobre os eventuais benefícios, quando há um desenvolvimento infantil adequado, os resultados foram: maior desempenho escolar, maior facilidade nos relacionamentos, menor desvantagem social, melhor desempenho cognitivo, e as condições socioeconômicas, de emprego e qualidade de vida tendem a ser melhores.

Finalmente, o resultado relacionou prejuízos de um desenvolvimento não adequado a: baixa renda econômica e consequentes danos às condições sociais; atrasos cognitivos, de linguagem e de desenvolvimento motor; prejuízos ao desempenho escolar; problemas de comportamentos, como agressividade e dificuldades emocionais, dificuldades de relacionamento e nas interações sociais (Souza & Veríssimo, 2015).

Atualmente, há uma maior preocupação com os prejuízos que situações adversas podem provocar ao Desenvolvimento Infantil (DI). A vulnerabilidade frequentemente está relacionada a estressores tanto biológicos quanto psicossociais. Os fatores que caracterizam a criança vulnerável são: parto prematuro, desnutrição, baixo peso ao nascer, lesões no cérebro,

atraso no desenvolvimento, famílias fragilizadas, fazer parte de minorias sociais, situação de desemprego, pobreza, acesso precário à saúde e educação. Ademais, crianças em desvantagem socioeconômica, cujas mães também são jovens, sem ajudas no cuidado, ou em que os cuidadores apresentam alguns dos transtornos afetivos (esquizofrenia, transtornos antissociais, hiperatividade, déficit de atenção) podem estar mais propícias a eventos estressores, e, conseqüentemente, tais fatores podem se tornar sérios riscos ao desenvolvimento infantil (Souza, J. M. D., & Veríssimo, M. D. L. 2015).

De acordo com Kimple e Kansagra (2018), pessoas que foram expostas a seis ou mais tipos de *Adverse Childhood Experiences (ACE)* ou Experiências Adversas na Infância (EAI), têm uma diminuição de até 20 anos de vida, além de aumento de chances do desenvolvimento de doenças, comportamento social de risco e menor desempenho acadêmico. Já Jacob et al. (2019) apontam para um maior comprometimento do Desenvolvimento Infantil (DI) e da saúde entre pessoas que vivenciaram eventos estressores tóxicos na infância. Os autores citam uma pesquisa que expõe que Experiências Adversas na Infância (como violência doméstica, uso excessivo de álcool ou drogas pelos pais e familiares, doença mental e criminalidade) aumentam o risco de que essas crianças na idade adulta se envolvam com álcool e drogas de maneira abusiva, sedentarismo, obesidade, comportamentos de risco social e tentativas de suicídio.

Dessa forma, de acordo com Martins (2020), o estresse tóxico vivenciado na infância por uma destas EAIs, além de interferir no estabelecimento de um desenvolvimento pleno da criança, também pode levar, por consequência, a doenças crônicas metabólicas e mentais (quadros de ansiedade, depressão), problemas comportamentais (introspecção, agressividade) e menor rendimento acadêmico e profissional, que poderão perdurar até a idade adulta. No caso do desenvolvimento pleno da criança, a interferência pode atuar alterando fatores motores (grossos e finos), habilidades comunicativas, cognitivas e interpessoais, condições imunológicas e de enfrentamento ao estresse tóxico. Todos estes problemas contribuem para o aumento da morbimortalidade adulta, assim como para a manutenção intergeracional das baixas condições socioeconômicas. Assim, a necessidade de intervenções precoces ainda na primeira infância é essencial para a garantia de uma qualidade de vida em idades posteriores e para a estruturação de uma sociedade mais igualitária e favorável ao desenvolvimento dos indivíduos.

Segundo Soares (2016), alguns eventos estressores da vida podem alterar o desenvolvimento saudável ou provocar conseqüências adversas à saúde e ao bem-estar psicossocial dos sujeitos, principalmente, das crianças. Tais estressores são: a separação dos

pais, questões de luto envolvendo pessoas próximas, negligências, violências, instabilidade ou ausência de emprego dos pais ou responsáveis, doenças, rompimento de relações interpessoais, abuso físico e/ou sexual, entre outros. Além disso, outros fatores de risco que podem influenciar no desenvolvimento infantil são características que englobam: baixa renda, baixa escolaridade dos pais ou responsáveis, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social e emocional, além de depressão e doença psiquiátrica dos pais e familiares.

Segundo Haggerty et al. (2000), há os fatores de proteção individuais (habilidades em resolução de problemas, relacionamentos potencializadores, cuidados estáveis), e há também os fatores de proteção em nível de suporte social (políticas públicas implementadas, investimento em promoção de saúde, suporte para as famílias garantias de direito). Segundo Sameroff et al. (1987), é interessante ressaltarmos que muitos dos fatores de risco são vulneráveis a intervenções, como por exemplo, a escolaridade dos pais, os cuidados com a criança e o trabalho podem melhorar, mas são questões que não se mudam com programas de intervenção típicos em curto prazo. O status socioeconômico, a desigualdade social, e acumulação de renda são aspectos culturalmente enraizados e estáveis, que continuam prejudicando principalmente as minorias sociais.

2.2 As Principais Teorias da Psicologia do Desenvolvimento sobre Experiências Adversas na Infância

As teorias da Psicologia do desenvolvimento se centram em diversos contextos, históricos, ou de autores, abordagens e objetos de estudos diversos. E quando se trata de perspectivas (Feldman & Papalia, 2013), se dividem de forma didática em: Psicanálise, Aprendizagem, Cognitiva, Contextual e Evolucionista ou Sociobiológica. E, portanto, não iremos esgotar tal temática dentro do desenvolvimento humano, ou mesmo da dissertação.

E os outros grandes compêndios da Psicologia do Desenvolvimento (Bee, 1997; Coll, Marchesi e Palácios, 2004) afirmam que o tema da primeira infância ainda precisa de muitos estudos teóricos, experimentais e observacionais. Isso porque os estudos com gestantes, crianças muito pequenas, crianças de uma forma geral e os pais/cuidadores não são sobre as avaliações das condições de cuidados ou sobre intervenções no desenvolvimento, uma vez que a demanda deverá ser longitudinal e o desenvolvimento passa a ser tratado como psicossocial.

Então a temática compreende mais do que um problema metodológico, visto que tanto a primeira infância, a infância propriamente dita, assim como a adolescência são períodos

críticos para o desenvolvimento e em que são gerados potenciais para a aplicação de intervenções psicológicas, intervenções essas que serão preditoras de desenvolvimento saudável (Shaffer et al., 2013). Outro problema de não se ter a atenção a tal cenário diz respeito aos marcadores psicopatológicos, e que poderiam ser evidenciados de forma precoce. Em contrapartida, é com esse arcabouço físico e cognitivo que será possível a essa criança a recuperação de prejuízos ocasionados por situações de adversidades (Erzurumlu & Gaspar, 2013).

Portanto, quando se identifica atrasos ou problema de desenvolvimento infantil, recorre-se ao tratamento precoce, como forma de maior e melhor recuperação. No Brasil, tem havido crescente reconhecimento da importância de avaliar o desenvolvimento infantil e um maior investimento em políticas públicas relacionadas ao desenvolvimento da primeira infância. Com a criação do programa Marco Legal para a Primeira Infância em 2016, foram priorizados os serviços para a primeira infância, e o monitoramento do desenvolvimento utilizando instrumentos padronizados passou a ser obrigatório.

Algumas revisões sistemáticas recentes mostraram efeitos de intervenções aplicadas na infância, por exemplo, na minimização de efeitos negativos de experiências de vida adversas reduzindo marcadores biológicos de estresse (Purewal Boparai et al., 2018), na redução de marcadores de psicopatologia com amostras de características diversas (Holly, Chiapa, & Piña, 2014) e na prevenção de problemas de desenvolvimento em etapas de vida subsequentes (Goldstein, Vatalaro, & Yair, 2017).

Para ilustrar o percurso previsto dentro das teorias da Psicologia, e como forma de recorte da temática, iremos propor a aproximação entre as Psicologias e as situações adversas na infância. Trataremos das perspectivas Psicanalítica, Sociocultural de Vygostsky, Contextual de Bronfenbrenner e Evolucionista ou do Apego de Bowlby, teorias com as quais encontramos uma vasta literatura com descritores comuns a temática.

2.3 Teoria Psicanalítica de Sigmund Freud

A teoria psicanalítica, que teve Sigmund Freud (1856-1939) como seu precursor, pode, por aproximação, descrever como as experiências adversas podem afetar o desenvolvimento infantil em termos psicossociais. Freud nomeou como trauma. Segundo da Silva Santos e Lima (2022), há duas perspectivas de trauma em Freud, a questão da temporalidade (nos estudos em que Freud se debruçou sobre a histeria) e logo depois, numa visão econômica

(como resposta aos traumas de guerra). Em 1892, Freud descreveu o trauma como uma falta de resposta a representações emocionalmente relembradas, a emoção ainda está associada à memória na ausência ou à não-reação.

A teoria psicanalítica entende que o sujeito é sujeito do desejo, do inconsciente, constituído fundamentalmente pela relação com o Outro. Esse sujeito só existirá se houver falta, pois é a falta que cria o sujeito. A falta somente se apresenta se existir a separação desse Outro; essa separação é de suma importância, pois é através dela que o inconsciente se funda, onde ocorre, portanto, a distinção entre o “Eu” e o “Sujeito”. Portanto, para a Psicanálise, o sujeito não é enxergado como um ser meramente biológico, constituído apenas “de carne e osso”; para, além disso, esse sujeito não “nasce”, ele se constitui na relação com o Outro por meio da linguagem, que estrutura o inconsciente, e assim promove a organização subjetiva do sujeito. É na relação com os outros que significantes vão sendo dados ao bebê, e quando articulados, ganham sentidos próprios (Elia, 2010).

Vieira (2015 como citado em Levisky, 2002, p.11), acrescenta que o primeiro encontro do bebê com a mãe já é capaz de gerar uma sequência de potenciais fatores instintivos e adquiridos. Será por meio das relações afetivas, educativas e sociais com o objeto real externo que tais fatores irão ser capazes de se desenvolver. É interessante pontuar que antes mesmo de uma criança nascer já se estabelece uma interação com os pais, no movimento de aproximação. Então, esse bebê irá receber inconscientemente uma série de projeções, expectativas, desejos, fantasias, ideais, anseios e medos oriundos de seu contexto familiar, especialmente das pessoas que vão desempenhar para este bebê as figuras maternas e paternas. Tais aspectos, juntamente com a interação com esse bebê, influenciam, intencionalmente ou não, na personalidade da criança. Segundo Azevedo (2014), para além do que discutimos a respeito da constituição do sujeito, este também se constrói com base na sua origem, na sua história, nas fantasias no campo familiar, e que diante dessa perspectiva: “todo sujeito chega sempre dentro de uma história que preexiste, da qual ele é herdeiro, podendo ser prisioneiro” (Azevedo, 2014, p.180).

Portanto, a dinâmica dessas interações, das funções materna e paterna, é extremamente importante para a constituição do sujeito, pois são aspectos relevantes para o desenvolvimento físico, afetivo e cognitivo da criança.

Segundo Pizzuti (2012), o bebê vem ao mundo completamente dependente do cuidado dos outros, carente de tudo, e serão os pais (ou alguma outra figura de cuidado) que vão iniciar a via da subjetivação para a sua sobrevivência. Esse bebê irá depender de alguém que o suporte e dê providência de forma real. Esse processo será proporcionado pelo toque, carinho,

olhares, acalentos e a fala da mãe (ou outra pessoa que desempenhe essa figura materna). Essa figura materna irá estruturar o corpo desse bebê enquanto acaricia e fala, além de nomear as necessidades dessa criança: “meu bebê está sentindo fome”, e assim lhe dar de mamar; “o bebê está sentindo frio”, e assim o aquecer. Essa dinâmica do Outro em “adivinhar” o que a criança deseja, faz com que esse bebê perceba que está com frio, pois há uma nomeação para aquilo que ele sente. Além dessa nova percepção, o bebê também começa a entender que a suas exigências necessitam de um sujeito que, por vezes, faltará, não estará a todo o momento presente, ou pode ser que esse Outro “demore” a entender qual a demanda desse bebê no momento. Portanto, é nesta sequência de acontecimentos que surgirá a primeira marca psíquica, a qual determinará o significante, que representa o sujeito.

De acordo com Zavaroni (2015), essa total dependência do bebê em relação ao outro para suprir suas necessidades e pôr fim a sua tensão interna irá desencadear a vivência primordial do desamparo. O desamparo, ou *Hilflosigkeit* (palavra utilizada por Freud para se referir ao desamparo), segundo Macêdo (2014), pode ser compreendido como incapacidade de se sair bem de uma situação difícil; abandono; impotência e estado de desamparo, aquele que está sem ajuda, desarmado. De acordo com a teoria psicanalítica, o desamparo nunca é completamente superado, mesmo na vida adulta, pois o desamparo é uma condição inerente à vida humana.

Quando tais necessidades não são supridas, quando esse cuidado por parte dos adultos falha ou falta, essa criança poderá vivenciar situações de exorbitante angústia, pelo desamparo devastador que a envolve. Apesar de o adulto não abandonar sua condição de desamparo, essa condição na criança ainda é estreitamente relacionada à sobrevivência física e psíquica.

E como seria para esse bebê a vivência real de desamparo, consequência de um estado de vulnerabilidade psíquica ainda maior? A autora Zavaroni (2015) afirma que não há respostas, mas que certamente tudo dependerá das situações vividas por essa criança, do seu contexto familiar, do estado emocional dessa criança e das suas situações experienciadas. Além disso, sabemos o quão importante e decisivo é o contexto socioeconômico, capaz também de gerar traumas.

Toda essa dependência do bebê para que um adulto supra essas necessidades, incluindo essa vivência de desamparo, pode se tornar situações potencialmente traumáticas, pois de acordo com Zavaroni (2015), na infância, a relação entre trauma e desamparo pode ser particularmente intensificada. E segundo Vieira (2015, como citado em Azevedo, 2001, p.24), pensando no cenário de um desamparo em decorrência de um abandono, este pode adquirir dimensões que o ego da criança, ainda bastante frágil, não teria capacidades de suportar.

Em um estudo realizado com 201 pacientes adultos, a fim de compreender os impactos do trauma, observou-se que os indicadores totais de trauma e de severidade geral de sintomas tiveram correlações positivas mais fortes do que as encontradas entre os tipos de trauma e grupamentos específicos de sintomas. Esses indicadores sugerem que o sofrimento desses pacientes está positivamente associado às ocorrências de traumas infantis. Além disso, os achados indicam que todas as dimensões traumáticas vivenciadas pelos pacientes na sua vida infantil (negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, negligência física e abuso sexual) influenciaram significativamente o nível de seu sofrimento psicológico atual (Waikamp, & Serralta, 2018).

Esses achados são consistentes com a literatura psicanalítica, que enfatiza a importância de um ambiente primário seguro e saudável fornecido por cuidadores empáticos, protetores e não invasivos para o desenvolvimento psíquico adequado. De acordo com os autores (Waikamp e Serralta, 2018), quando um indivíduo carece de relações objetivas internalizadas, existe uma predisposição para o surgimento de sintomas psicóticos. Esses sintomas podem ser considerados uma tentativa do indivíduo de restabelecer o contato com os objetos perdidos. No caso de pacientes com transtornos graves de personalidade, os sintomas característicos resultam da ativação do sistema de apego inseguro, que, por sua vez, é decorrente de experiências adversas durante a infância. Além disso, a Teoria Sociocultural também sustenta a importância da construção de vínculos por meio das interações entre o indivíduo e sua sociedade.

Teoria Cognitiva Comportamental de Aaron Beck

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é uma abordagem psicoterapêutica. Foi desenvolvida e sistematizada na década de 1960 por Aaron Beck (1921-2021). Inicialmente, Aaron Beck demonstrou interesse em estudar sobre o processo psicológico central dos transtornos depressivos. A terapia cognitiva de Beck passou por um processo evolutivo, impulsionado por observações clínicas e experimentos. Com base nesses avanços, o pesquisador formulou uma compreensão a respeito do padrão particularmente negativo de pensamento que é evidenciado por pacientes com transtornos depressivos. Em outras palavras, os indivíduos que sofrem de depressão apresentam um padrão de pensamento disfuncional (Rangé et al., 2011).

A Teoria Cognitiva Comportamental compreende que a vivência das experiências adversas na infância, a título de exemplo, o abuso sexual, pode resultar em danos significativos tanto no desenvolvimento infantil quanto na vida adulta. As consequências negativas são várias e se estendem para a área cognitiva, emocional, comportamental, física e social, que pode variar de pessoa para pessoa.

Algumas das alterações frequentemente relatadas incluem disfunções na memória, atenção e funções executivas, tristeza, medo excessivo de adultos, comportamento sexual inadequado, baixa autoestima, abuso de substâncias químicas, enurese, encoprese, tiques e manias, isolamento social, dificuldades de aprendizagem, irritabilidade, agressividade, ideações suicidas, depressão, transtornos de ansiedade (incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático [TEPT]), transtornos alimentares, transtornos dissociativos, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno da Personalidade Borderline (Rangé et al., 2011, p.656).

Ainda de acordo com Rangé et al. (2011), para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) os fatores de proteção na infância incluem características individuais da criança, como o funcionamento psíquico prévio, a resiliência, estratégias de enfrentamento, sentimentos e pensamentos de culpa e autorresponsabilização. Ademais, é essencial que haja um suporte familiar, juntamente com acesso a tratamentos especializados, de modo a proporcionar à criança uma ampla rede de apoio que possa fomentar a saúde mental na infância.

2.4 Teoria Sociocultural de Vygotsky²

Lev Semyonovich Vygotsky (1896 – 1934) foi um psicólogo, e um dos precursores da Psicologia Sociocultural, que trouxe contribuições para a teoria do desenvolvimento infantil, destacando a importância das interações sociais e das condições de vida no processo de desenvolvimento cognitivo. De acordo com o autor, quando nos propomos a pesquisar ou investigar alguma hipótese, é necessário que se estude as condições sociais, em todas as suas fases de desenvolvimento, desde o momento em que surgiu, até o desenvolvimento das funções psíquicas superiores. Isto é, consideramos importante que antes de inserir os

² Há diferentes modos de escrita do nome do autor russo Lev Semenovich Vygotsky - Vygotsky, Vigotsky, Vygotski, Vygotskii, Vigotski, entre outras. Para este trabalho usaremos a forma usual Vygotsky, exceto as referências, que serão adicionadas conforme a escrita do texto original.

conceitos de Vygotsky neste trabalho, é necessário voltar às origens da Psicologia Histórico-Cultural.

Dentro da sua análise, Vygotsky propôs que se estudasse o ser humano em sua totalidade – para ele, a Psicologia não estudava a totalidade do ser humano, pelo contrário, analisava-se partes e não o todo –, centrando a relação social dialética e de interdependência em sua constituição.

A produção de conhecimento para a Psicologia por tal autor é de extrema importância e vasta, pois existe uma ênfase causal na experiência, em que o sujeito é ativo na relação com o seu ambiente histórico-cultural. Para a Psicologia Vygotskiana, as funções psíquicas são construídas na relação dialética do indivíduo com a cultura e a sociedade. Essa relação existe com mediadores, como pontes entre indivíduo e meio, os instrumentos e os signos, que são construídos culturalmente (Xavier & Nunes, 2015).

Em uma pesquisa bibliográfica, Bissoli (2005) apresentou alguns pressupostos fundamentais da Psicologia Histórico-Cultural para a compreensão do desenvolvimento humano, sendo eles: 1) o desenvolvimento é o resultado da atividade do sujeito, envolvendo tanto suas emoções quanto sua cognição, formando motivações que podem ou não ser conscientes; 2) a formação da personalidade está diretamente relacionada ao contexto social em que a criança se desenvolve (isso passa necessariamente pela oportunidade de educar suas noções de infância e o tempo e o espaço em que se manifestam como sujeitos), e às suas vivências cognitivo-emocionais, que se apresentam como a fonte de significados e sentidos atribuídos, por ela, às objetivações humanas, às relações entre a pessoa e, sobretudo, a si própria.

Segundo Bissoli (2005), as crianças inseridas nas relações sociais atuam no sentido de participar de suas ações com os outros, buscando compreender e integrar-se à dinâmica das relações. A sua integração permite-lhes perceber e recorrer a novos elementos que existem nestas relações: os objetos e os seus usos. É a apropriação do conhecimento e a consequente formação de habilidades psicofisiológicas nos momentos do desenvolvimento psíquico que possibilitam à criança buscar mudar o estado de seu desenvolvimento social e, a partir daí, engajarem-se em novas e mais complexas relações. É desse movimento complexo de habilidades e motivações que surgem novas atividades primárias – e novos momentos de desenvolvimento psicológico.

Ao formular o crescimento colaborativo como parte do desenvolvimento cognitivo, no tratado sobre defectologia, Vygotsky evidencia um conceito que é muito páreo às condições adversas na infância, o de que as atividades compartilhadas por meio da interação social

ajudam a criança a internalizar os modos de pensar da sociedade, cujos hábitos passam a ser os seus. E ao ser exposta a condições mais vulneráveis, segundo Cenci (2015), a criança evidencia a compensação social como forma de lidar com o problema (Ruppel et al, 2021). Assim também afirma Vygotsky (1986) sobre a importância da intenção, ação e do papel ativo da criança e do ambiente, pois será por meio deles que a criança irá adquirir conhecimentos, vínculos, afetos, além de habilidades inatas, que a transformarão e motivarão a aprender sobre os aspectos relevantes do meio. E, portanto, se passar por condições adversas na infância em suas situações de vulnerabilidade, essa mesma criança irá interagir e relacionar-se com o meio na forma de retribuir internamente ou externamente, gerando tal compensação.

De acordo com Cipolla-Neto et al (2012), Vygotsky teve suas produções ignoradas no Ocidente, e teve suas obras suspensas na União Soviética nos anos de 1936 a 1956. Atualmente, o autor vem sendo mais estudado e valorizado. Vygotsky deixou fortes contribuições para as áreas de conhecimento da psicologia, educação, literatura e arte.

2.5 Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner

A Teoria Bioecológica foi desenvolvida por Urie Bronfenbrenner (1917-2005), que se graduou em Psicologia, e aprimorou os avanços nas perspectivas da Psicologia do Desenvolvimento da época. O pesquisador enfatizou os impactos que os fatores socioambientais tinham sobre o desenvolvimento infantil.

Para Bronfenbrenner, segundo Veríssimo e Souza (2015), o desenvolvimento humano possui quatro elementos, que são: a pessoa (definida por suas características biológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais), o processo (que envolve a relação do indivíduo com o contexto e suas interações), o tempo (que se refere às questões de temporalidade que provoca mudanças ao longo da vida), e o contexto (que se refere ao ambiente mais próximo em que a criança vive). De acordo com Linhares & Enumo (2020), a Teoria Bioecológica compreende o desenvolvimento ocorrendo entre sistemas inter-relacionados, sendo eles: o microsistema, que acontecem nas relações proximais, face a face; o mesossistema, que se refere às interações entre dois ou mais ambientes em que a criança é presente; o exossistema, onde a criança não tem necessariamente relação direta com o ambiente, mas que ainda assim, esse contexto pode afetá-la indiretamente; e por último, o macrossistema, que envolve todos os contextos, que se relacionam de maneira complexa. É importante salientar que além dos impactos que os processos proximais podem provocar os processos distais também podem

gerar consequências ao desenvolvimento infantil, como por exemplo, as condições socioeconômicas dos pais ou cuidadores, os valores e crenças de uma determinada cultura.

O primeiro microssistema refere-se ao contexto familiar, onde ocorrem as primeiras interações entre os pais ou cuidadores e as crianças em desenvolvimento. Aqui, os cuidadores desenvolvem a função parental de educar e cuidar da criança, e participam dos processos de desenvolvimento, ajudam a criança a alcançar autonomia, maturidade, autonomia, independência e outros. Além disso, os cuidadores são de suma importância no desenvolvimento infantil, principalmente na primeira infância, para se alcançar o desenvolvimento saudável.

Segundo Bronfenbrenner (2011), acontecimentos históricos podem alterar o curso do desenvolvimento humano, positiva ou negativamente, do ponto de vista pessoal e geral. Exemplo disso é a pandemia de Covid-19, que se revelou uma grave ameaça existencial. Esse cenário tende a intensificar ainda mais problemas já existentes no ambiente familiar, como a violência doméstica.

Sabemos que o ideal é que a criança tenha um ambiente familiar seguro, mas existem outros tipos de ambientes familiares, em que desenvolvimento saudável é ameaçado, como por exemplo: pela ausência de estimulação ao desenvolvimento de crianças; empobrecimento de interações com o bebê; violências, negligências, maus tratos, conflitos, alimentação inadequada, entre outros (Linhares & Enumo, 2020). Mas quem organiza as relações de vínculos e apego dos pais com os seus filhos é o Bowlby, por meio da teoria do apego.

2.6 Teoria do Apego de John Bowlby

A Teoria do Apego foi desenvolvida pelo psiquiatra especialista em psiquiatria infantil e psicanalista inglês John Bowlby (1907-1990). O autor concentrou sua pesquisa na primeira infância, especialmente na temática a respeito dos impactos dos cuidados inadequados nesse período, além de estudar sobre a ansiedade de crianças que sofreram com a separação de seus cuidadores. Os conceitos da Teoria do Apego são baseados em diversas áreas de conhecimento, como: a psicanálise, a biologia evolutiva, a psicologia do desenvolvimento, as ciências cognitivas e a teoria dos sistemas de controle (Dalbem & Dell'Aglio, 2005).

Bowlby se propôs a estudar os efeitos do cuidado materno na primeira infância. Segundo ele, o apego é desenvolvido, geralmente, durante o primeiro ano de vida da criança, isso se deve por conta de um sistema integrado de comportamentos que tem como finalidade a construção de vínculo com uma figura materna. O autor, juntamente com outros

pesquisadores, encontrou fortes evidências dos impactos adversos no desenvolvimento infantil relacionados a interrupções no vínculo com a figura materna, resultante de interações empobrecidas (Dalbem & Dell’Aglia, 2005). O apego é definido como uma tendência universal, que tem como objetivo estabelecer vínculos emocionais seguros entre criança e cuidadores, especialmente a mãe, e que prosseguem ao longo da vida adulta. Esta tendência direciona para a manutenção de proximidade de figuras de apego em determinadas situações em que a criança se sente em risco, como o medo, ansiedade ou estresse (Teixeira, 2011).

De acordo com Teixeira (2011), Bowlby compreendia o apego como um mecanismo básico da existência humana, isto é, um comportamento biologicamente programado, de sobrevivência para a espécie, como, por exemplo, a necessidade de comida e a sexualidade; e é visto como um sistema de controle homeostático, que tem como objetivo encontrar um controle comportamental. O papel do apego na vida humana inclui reconhecer a disponibilidade de uma figura de apego e se essa figura fornece respostas de proteção, proporcionando uma sensação de segurança, que se fortalece nas relações. Ainda de acordo Bowlby, a relação estabelecida entre uma criança e os pais é consolidada por uma soma de sinais inatos no bebê, que necessitam de vínculo com os cuidadores. Os verdadeiros vínculos afetivos são construídos ao longo do tempo, graças às habilidades cognitivas e emocionais da criança, bem como à consistência do programa de cuidados e à sensibilidade e capacidade de resposta do cuidador. Portanto, um pressuposto básico dessa teoria é que as primeiras relações de apego são formadas na primeira infância, e que vão influenciar o estilo de apego de uma pessoa ao longo da vida.

Segundo Teixeira (2011), um grupo de pesquisadores relacionou eventos estressores e fatores de proteção na família com o desenvolvimento comportamental e saúde mental de crianças. Encontraram os seguintes fatores estressores: cuidadores que apresentam educação e cuidados severos e rígidos, conflitos entre pai-filho, relacionamento conjugal conflituoso, relações frias e distantes no relacionamento pai-filho e divórcio. Além disso, os pesquisadores observaram que tais estressores influenciam a perspectiva da criança, o modo como ela enxerga e se coloca no mundo, acarretando a dificuldade em confiar no cuidado e no suporte de outras pessoas, compreendendo o mundo como um lugar hostil e precário.

Como mencionado anteriormente, a estruturação do apego seria uma das atividades iniciais e aparecem mais cedo no desenvolvimento. De acordo com Keller (1996), há fases no desenvolvimento infantil, e cada etapa necessita dos resultados da fase anterior, na qual os organismos têm atuação ativa. Segundo Teixeira (2011), Bowlby caracteriza a primeira fase pelos estímulos olfativos e auditivos, que os bebês utilizam para se familiarizarem com outras

pessoas; geralmente ocorre nas primeiras oito semanas de vida, mas é possível que se estenda em situações precárias.

Na segunda fase, o bebê começa a diferenciar a figura materna das outras pessoas, interagindo mais e de modo mais afetivo. A duração desta fase é até os seis meses de idade. Na terceira fase, a criança conquista novos avanços, ela é capaz de seguir a mãe caso ela se afaste; quando essa mãe se aproxima, a criança consegue expressar alegria, além de usá-la para conhecer e explorar o ambiente a sua volta. Aqui é perceptível o apego do bebê com a figura materna, ou com alguém que apresente maior vínculo afetivo. A criança também é capaz de diferenciar mais pessoas conhecidas de seu convívio, e apresenta cautela e estranheza com pessoas novas. Esse período costuma ocorrer até o segundo ou parte do terceiro ano (Teixeira, 2011).

Na quarta fase, a criança é capaz de observar o comportamento materno, entender o que o influencia e ter uma perspectiva mais refinada do seu mundo, conseqüentemente, o comportamento da criança se torna mais flexível e uma parceria com a figura de apego é formada. Esse período ocorre partir da metade do terceiro ano de vida. Bowlby salienta que o apego se mostra perceptível na terceira fase, mas ressalta que todas essas fases necessitam da fase anterior, e impactam a fase posterior, portanto, o apego é decorrente do processo total, e não de alguma fase em si (Teixeira, 2011).

Um método amplamente estruturado de visualizar e avaliar o estilo de apego na infância é o “Procedimento da Situação Estranha” de Mary Ainsworth (1978), psicóloga do desenvolvimento norte-americana, aluna de Bowlby, que também contribuiu para a teoria do apego. Esse experimento ficou famoso na década de 1970, e foi muito utilizado, baseando-se em classificar os estilos de apego das crianças com os cuidadores (geralmente, as mães), que são: apego seguro, ansioso e evitativo/esquivo, e ansioso e resistente (Teixeira, 2011).

Nesta situação experimental, composta por várias fases, a criança é observada numa sala desconhecida, com brinquedos desconhecidos para ela também. Num primeiro momento, os cuidadores e a criança são inseridos na sala, brincam entre si. No segundo momento, os cuidadores deixam a criança interagir com a sala e os brinquedos sozinha, e não participam. Em outro momento, uma pessoa desconhecida pela criança entra na sala e interage com os cuidadores; logo depois, os cuidadores saem da sala discretamente. Depois de um tempo, os cuidadores retornam, confortam a criança e a pessoa estranha se retira. Um momento depois, os cuidadores saem novamente, mas ao contrário do momento anterior, a criança fica sozinha. Posteriormente, a pessoa desconhecida retorna para a sala para brincar com a criança. Finalmente, a pessoa estranha sai e os cuidadores voltam, e acolhem essa criança. O objetivo

do experimento é observar o comportamento da criança e da mãe em cada situação, como a criança reage na ausência dos cuidadores, e de que modo a criança explora o ambiente e os brinquedos novos, como ela responde à presença de uma pessoa desconhecida (Teixeira, 2011).

Com esse experimento, percebeu-se que crianças com apego seguro exploravam livremente o ambiente e brincavam ativamente. Não apresentavam grandes dificuldades na ausência de seus cuidadores, e demonstravam felicidade ao vê-los retornarem para a sala. Isso ocorre porque crianças que exploram mais, que conseguem ser ativas até mesmo em ambientes desconhecidos, sentem-se mais seguras, protegidas, e sabem que terão a assistência necessária de seus cuidadores (Teixeira, 2011).

Já a criança com apego inseguro ansioso/evitativo demonstra ansiedade em explorar o ambiente e em interagir com pessoas desconhecidas. Quando os cuidadores se retiram, a criança demonstra extrema angústia, e no momento que eles retornam para a sala, a criança se vê num conflito em querer o colo desses pais, e ao mesmo tempo, querendo evitá-los. Isso se deve quando as necessidades da criança são ignoradas, e seus cuidadores são menos responsivos e mais intervenientes, com dificuldades diante do contato físico dos filhos (Teixeira, 2011).

A criança com apego resistente/ambivalente não é capaz de explorar o ambiente, não interage com os brinquedos e tem comportamentos ambivalentes de busca e evitação com os cuidadores quando estes retornam para a sala. Crianças com esse tipo de apego apresentam baixo limiar de ameaça e grande dificuldade em fazer acordos. E por fim, ainda há um quarto grupo de apego, proposto por Main e Solomom (1990): o apego desorganizado/desorientado. Nesse tipo de apego, as crianças apresentam comportamentos contraditórios, impulsividade, estados de transe e perturbações (Teixeira, 2011).

Portanto, pesquisadores da Psicologia do desenvolvimento humano que investigam as conexões entre experiências adversas durante a infância encontram pontos de convergência, uma vez que essas relações são estabelecidas.

Capítulo 3 – Políticas Públicas e os Fatores de Risco na Infância

As condições adversas ocorrem durante o processo de desenvolvimento humano e demandam o aprofundamento teórico-conceitual nas diversas Psicologias que asseguram ou pensam de forma crítica a infância. E alguns dos olhares da interface entre a Psicologia e a Saúde propõem o conceito de fatores de risco e proteção sobre o desenvolvimento saudável.

Portanto, no trabalho, iremos abordar como as experiências adversas na infância, em seu contexto macro por meio das políticas públicas de saúde, podem constituir os riscos e as adversidades (Sapienza & Pedromônico, 2005).

As revisões sobre a temática acerca de tais situações discriminam estados ou transtornos psicopatológicos, como depressão, síndrome pós-traumática, depressão, ansiedade, estresse, transtornos de personalidade, que configuram todos marcadores subjetivos e individuais descritos anteriormente.

Os mesossistemas, conforme descritos por Veríssimo e Souza (2015) dentro da Teoria Bioecológica, apresentam problemas intrínsecos ao sistema educacional e aos processos escolares, incluindo questões relacionadas aos problemas de aprendizagem. Estes elementos pertencem à esfera da Educação. Além disso, no contexto da instituição familiar, emergem temáticas como violência doméstica, desagregação familiar, violência física, abandono e abuso, todos eles potencialmente conectados às experiências adversas na infância.

Nesse contexto, conforme ressaltado por Franke (2014), um sistema macro complexo engloba componentes associados ao Estado, sendo que sua estrutura envolve áreas como Saúde, Desenvolvimento Humano, Trabalho e Controle Social. Em virtude disso, abordaremos como as políticas públicas voltadas para a Atenção Básica de Saúde abrangem situações de vulnerabilidade.

Diante da fragilidade da infância e do cenário de violências presente na(s) infância(s) brasileira(s), o Estado tem adotado desenvolver e articular medidas voltadas para o atendimento de crianças em situação de risco. A Constituição Federal de 1988 prevê a articulação de ações públicas com o intuito de garantir direitos ao público infanto-juvenil, tais como: saúde, educação, alimentação, moradia, lazer, que, desse modo, são ações que visam promover e proteger o desenvolvimento infantil (Brasil, 1988). Antes de abordar as políticas públicas propriamente ditas, compreendemos a importância de refletirmos sobre o seu conceito.

Políticas Públicas: Conceito e Avaliação

A temática das políticas públicas tem contribuições de diversas áreas do conhecimento, além dos diferentes campos de atuação (áreas da saúde, educação, previdência, saneamento e outros) e, portanto, comporta múltiplos olhares dos diferentes saberes. Em função disso, não existe uma teoria estabelecida totalmente completa, pois o tema envolve vários conceitos. Mas antes dos conceitos, é importante ressaltar a diferenciação entre Estado e governo. De acordo com Höfling (2001), o Estado pode ser considerado como um aglomerado de intuições permanentes (órgãos legislativos, tribunais, exército e outros) que proporcionam as ações do governo. E o governo seria definido como um conjunto de projetos, programas que se iniciam na sociedade (sociedade civil, políticos, técnicos e outros) com propostas de ações para a população como um todo. Assim, o governo assume funções e responsabilidades de Estado por um determinado período de governo e, portanto, as políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas governamentais. Para Souza (2006), políticas públicas são o

campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (Souza, 2006, p.26).

Já as políticas sociais³ são as formas de interferência do Estado. São definidas pelas ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, com o objetivo, a priori, de redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico.

Segundo Agum, Riscado e Menezes (2015, p.16), “política pública é a discussão e prática de ações relacionadas ao conteúdo, concreto ou simbólico, de decisões reconhecidas como políticas”. Para além disso, os autores pontuam o cuidado em definir política pública como uma diretriz de enfrentamento de problema, pois fazer isso não necessariamente transforma uma questão que precisa de ação em problema. É necessário que ocorra uma junção de fatores, como a construção social de propostas e ideais, diálogos com a

³ De acordo com Höfling (2001), as políticas sociais se originaram no século XX, nos movimentos populares, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

comunidade, com os serviços, e as esferas institucionais. Para Teixeira (2002), as políticas públicas orientam as ações do poder público e a sociedade, mediando a relação entre o Estado e a população, por meio de leis, programas, linha de financiamento entre outros. A autora ainda explicita que podem existir incompatibilidades entre intervenções e ações propriamente desenvolvidas, ressalta que as “não-ações” e as omissões também devem ser levadas em consideração como manifestação de políticas. Destarte, as políticas públicas se configuram como ações do governo que buscam propostas que amparar a sociedade de modo geral. Assim, ocorrem também diversas junções entre entidades públicas, setores privados e organizações não governamentais.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 assegura legalmente os direitos sociais a todos os cidadãos brasileiros, responsabilizando o Estado a garanti-los. Em seu artigo 5º, a Constituição garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, além de garantir a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. No entanto, apesar de todas essas garantias legais, o que se percebe no Brasil é que as políticas sociais não são uma prioridade, principalmente no que se refere as suas ações práticas, visto que a concentração de riqueza e distribuição desigual é uma realidade (Saadallah, 2007).

Não podemos desconsiderar o fato que cada governo assume “feições” e interesses diferentes nas suas mais variadas sociedades e concepções de Estado. Portanto, o processo de elaborar uma política pública significa definir quem irá decidir o quê, em que momento, como será, as suas consequências e principalmente, quem essas políticas se propõem a alcançar (Lasswell, 2018). Além do mais, o contexto histórico e social também é um fator importante de análise.

Assim, é de grande conhecimento a necessidade de se investir no desenvolvimento humano, especialmente o desenvolvimento das crianças na primeira infância. Por essa razão, é importante a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, com estratégias voltadas para a educação, saúde, proteção à infância, fortalecimento das famílias e comunidades, entre outros. A seguir, apresentaremos políticas, programas, decretos voltados para as crianças brasileiras.

3.1 Marco Legal referente às Políticas Públicas para a Primeira Infância

Em 8 de março de 2016, temos o marco legal que se refere às políticas públicas para a Primeira Infância, com a Lei n. 13.257. A Lei considera como Primeira Infância o período do

nascimento até os seis anos completos de vida da criança, inserindo importantes complementos ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo alguns deles: a proteção contra toda forma de violência e da sociedade consumo; a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica; prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança; incluir a participação das crianças na definição de ações que lhes digam respeito, levando em consideração sua faixa etária e fase de desenvolvimento; respeitar as esferas federais, municipais e estaduais como entes autônomos, independentes, mas interdependentes, assim como os ritmos de desenvolvimento de cada criança; a valorização e a diversidade da infância brasileira, com as diferenças dos contextos sociais e culturais de cada criança; reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços de atendimento aos direitos das crianças na primeira infância; além de enfatizar o dever do Estado em instituir políticas, programas e serviços voltados para a primeira infância, que atendam as particularidades e especificidade dessa faixa etária, objetivando garantir o desenvolvimento integral das crianças (Brasil, 2016).

E no dia 19 de dezembro de 2019, instituiu-se a Lei n. 13.960, que dispõe principalmente, sobre ações que permitam iniciativas do poder público em colaboração com instituições médicas, universidades, associações e sociedade civil, na organização de palestras, eventos e treinamentos, com o intuito de informar a sociedade sobre a importância de promover e impulsionar o desenvolvimento infantil na primeira infância. Algumas das atividades do Biênio da Primeira Infância do Brasil são: seminários com especialistas brasileiros e do exterior sobre a temática da primeira infância; audiências públicas com famílias e organizações da sociedade civil; publicações sobre boas realizações e sobre temas relevantes para as políticas públicas direcionadas à primeira infância; exposição de parâmetros de atuação intersetorial para a promoção do desenvolvimento da criança na primeira infância; e recomendações ao governo federal de políticas públicas intersetoriais direcionadas à primeira infância.

3.2 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Por meio da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, instituiu-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), legislação esta que já serviu de referência para outros países⁴, no que se refere ao reconhecimento de direitos a todas as crianças e adolescentes e o combate a qualquer

⁴ O ECA é citado como referência para outros países, no documento da UNICEF, 2007, de nome *La Reform and Implementation of the Convention on the Rights of the Child*. A citação está na página 67, nota de fim nº 248.

forma de negligência, violência, crueldade, exploração e opressão. O Estado brasileiro identifica a criança como pessoa em desenvolvimento e coloca tanto a sociedade quanto a família como responsáveis por sua proteção, o que provocou um grande marco das políticas voltadas para a infância e juventude. Além disso, o ECA prevê absoluta prioridade nas garantias de direitos, como: receber socorro e proteção, independentemente da situação; prioridade nas instituições públicas; na criação e na execução de políticas públicas; os recursos públicos serão direcionados para a proteção de crianças e adolescentes (Brasil, 1990).

O Estatuto pode ser definido como uma lei de proteção e garantia de direitos, como reconhecimento constitucional da condição peculiar de desenvolvimento do público infanto-juvenil, e dessa forma, permite o desenvolvimento pessoal, social e em condições dignas de existência (Ferreira, 2015 citado por Volpi, 1997). De acordo com Costa (1992), as mudanças resultantes do Estatuto compreendem três grandes aspectos: a) mudança de conteúdo; b) mudança de método e c) mudança de gestão. Em relação à mudança de conteúdo, o Estatuto da Criança e do Adolescente acrescenta conteúdos novos às políticas públicas para a infância e a juventude, como a defesa jurídico-social e a atenção médica, psicossocial e jurídica a crianças e adolescentes vitimizados, buscando novas linhas de ações integradas ao perfil da nova política de atendimento. O Estatuto inova também na organização e hierarquização das ações em favor das crianças e adolescentes.

Segundo Fonseca et al. (2013), o Estatuto enfatiza o direito à vida, à alimentação de qualidade, educação, lazer, esporte, profissionalização, cultura, respeito, à dignidade, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. O Estatuto determina que absolutamente todas as crianças e adolescentes devam se desenvolver de forma saudável, e que para tanto, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é assegurado à criança e ao adolescente o acesso adequado aos serviços de saúde, em observância aos princípios do acesso com equidade aos serviços de saúde, e ações e serviços para promover, proteger e restaurar a saúde.

As crianças ou adolescentes com deficiência têm direito a atendimento especializado. Nos casos em que crianças e jovens apresentarem sinais de violência ou maus-tratos, as suspeitas devem ser denunciadas às autoridades do órgão, como o Conselho Tutelar, conforme preconiza o art. 13: “os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (Brasil, 1990).

O artigo 5º do ECA estabelece que: “nenhuma criança ou adolescente será objeto de

qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 1990). no entanto, o nosso contexto atual nos demonstra que são muitas as crianças que sofrem violência física, sexual e psicológica, trabalho infantil, assim como negligência/abandono. Essas violências, além de afetar drasticamente o desenvolvimento, são uma ameaça ao direito à vida, e a negação de direitos das crianças (Brasil, 2010).

O Conselho Tutelar (CT) “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente”, com a função específica de atender cada caso de maus-tratos, violência sexual, exploração do trabalho infantil, abandono ou quaisquer outras formas de violência cometidas contra as crianças e adolescentes. É previsto que em cada município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar como parte integrante da administração pública local. O CT tem como atribuições, entre outras, atender crianças e adolescentes; dar suporte e aconselhar pais ou responsáveis; requisitar serviços públicos nas áreas de assistência social, educação, saúde, previdência, trabalho e emprego; encaminhar ao Judiciário os casos de sua competência; incentivar e promover ações que divulguem o entendimento sobre sintomas de maus-tratos envolvendo crianças e adolescentes (Brasil, 1990).

Os pais ou responsáveis devem comunicar à polícia se houver sinais de violência, ou se for confirmada a violência sexual contra uma criança, realizando um Boletim de Ocorrência (BO). No entanto, se os pais forem suspeitos da violência, ou se estiverem ausentes, a responsabilidade é do Conselho Tutelar (CT) local. Logo após o BO, a criança deverá ser encaminhada ao Instituto Médico Legal (IML) para a realização de exames na coleta de material e corpo de delito em casos de violência sexual⁵. No contexto dos serviços de saúde, caso algum profissional da saúde perceba sinais de violência ou ouça da criança a confirmação do abuso, este profissional deverá acionar o CT, e deverá priorizar a segurança dessa criança. Em alguns casos, é necessário que o profissional de saúde faça uma avaliação de risco da criança, especialmente de risco de morte. A notificação da violência interpessoal e da violência autoprovocada se tornou obrigatória para todos os serviços de saúde, tanto a rede pública quanto a rede privada no ano de 2011 (Goiás, 2019).

Contudo, o caráter de denúncia e “punição” na lei é *a priori* por determinação e

⁵ Não ocorre em todas as localidades do Brasil, mas em alguns locais é possível que um perito do IML vá à unidade de saúde para realizar esse exame, ou ainda, se houver um médico capacitado poderá realizar o serviço (Brasil, 2010).

competência de órgãos do Judiciário. E o conselho tutelar tem a finalidade deliberativa, resolutiva e de apreensão da realidade, e não de julgamento, assim como os órgãos ligados à saúde. Portanto, após a verificação e constância, deve-se encaminhar as redes intersetoriais, como a rede “Não bata, eduque” ou mesmo a rede de violência. Atualmente, no município de Goiânia, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu o Núcleo de Vigilância em Violência, e tornou a notificação de violências demanda obrigatória nas unidades de saúde que trabalham com a infância. E por essas condições, deve-se integrar as condições econômicas como parte das violências e fortalecer a intersetorialidade entre saúde e assistência social. A fim de garantir a eficácia no enfrentamento da violência, é essencial que haja uma atuação coordenada e integrada entre serviços e instituições.

3.3 Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007, como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que visa à melhoria da qualidade de vida da população brasileira. A política atinge o público de estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais da área da educação e saúde. As escolas em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde fazem a promoção e prevenção em saúde, em caráter informativo e educativo e não assistencial *in locus*. Ou seja, o público é inserido de forma ativa, nos equipamentos de saúde por meio dos serviços a serem prestados. O programa oferece avaliações clínicas, psicossociais, nutricionais e de saúde bucal. Há também ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da alimentação saudável, realização de atividades físicas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, conscientização quanto ao uso do álcool, tabaco e outras drogas. As ações são direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades e que comprometem o desenvolvimento escolar, a fim de garantir o acesso de crianças e jovens na rede pública de ensino e de saúde (Brasil, 2009).

Para alcançar tais objetivos, o PSE foi constituído por cinco componentes: a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens de escolas públicas; b) Ações de promoção da saúde e de atividades de prevenção; c) Educação Permanente Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens; d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; e) Monitoramento e Avaliação do Programa (Brasil, 2009). Os mesossistemas de Educação e Saúde constituem as políticas de forma intersetorial e tentam garantir a integralidade. Portanto, iremos explorar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

3.4 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Em 5 de agosto de 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Sua elaboração foi resultado de uma ampla construção coletiva, que se iniciou em 2012, conduzido pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), do Ministério da Saúde, e também com o apoio da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (Brasil, 2015). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem por objetivo, como aduzido em seu art. 2º:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015).

A Política incorpora e compreende a importância dos primeiros anos de vida (crianças menores de seis anos) para o desenvolvimento infantil, e por isso propõe que a atenção integral à criança signifique a prestação e o oferecimento de todos os serviços necessários capazes de responder de forma decisiva às necessidades específicas de sua saúde, seja na Atenção Básica, no apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar (Brasil, 2015).

A PNAISC é organizada por meio de princípios, eixos estratégicos, e diretrizes. Os princípios são: 1) O direito à vida e à saúde; 2) A prioridade absoluta da criança; 3) O acesso universal à saúde; 4) A integralidade do cuidado; 5) A equidade em saúde; 6) O ambiente facilitador à vida; 7) A humanização da atenção; e 8) A gestão participativa e o controle social. A Política objetiva orientar e qualificar as ações e os serviços relacionados à saúde infantil, visando medidas para alcançar o pleno desenvolvimento infantil, de maneira saudável e harmônica, além de intervir na mortalidade infantil brasileira, bem como na redução de vulnerabilidades sociais e dos riscos para o adoecimento e outros agravos, à prevenção das doenças crônicas na vida adulta (Brasil, 2015). Os eixos estratégicos da política buscam orientar os responsáveis pelas crianças e a sociedade a respeito dos cuidados desde o momento da gestação até os nove anos de idade, são eles:

1. Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido;
2. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
3. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
4. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
5. Atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
6. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
7. Atenção à saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
8. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (Brasil, 2015).

Portanto, é importante destacar que a assistência à saúde requer acolhimento, escuta atenta e qualificada, no cuidado singular e no vínculo que enxergue essa criança como um todo. Assim, pressupõe uma perspectiva global sobre a dimensão da vida, resultado de um trabalho em equipe multidisciplinar, potencializando a efetivação dos direitos da criança e de seu grupo familiar (Brasil, 2015).

Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral - eixo estratégico na atenção à saúde da criança

O eixo estratégico da PNAISC, Crescimento e Desenvolvimento é uma das pautas mais relevantes da saúde pública infantil no Brasil, visto que essa preocupação com a vigilância tem uma longa história na política e nos programas voltados para a saúde infantil. Porém, nas últimas décadas, esse eixo estratégico adquire importância e amplitude ainda maiores, pois cresce o número de estudos científicos e políticas públicas em muitos países, que reconhecem a importância dos cuidados para um pleno desenvolvimento na primeira infância (DPI). Portanto, acompanhar o desenvolvimento infantil por meio de unidades de saúde é considerado uma das ações mais significativas para reduzir a taxa de mortalidade infantil e seus fatores contribuintes, além de contribuir para o alcance de uma melhor qualidade de vida (Bresolin & Sucupira, 2003).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizam diariamente o acompanhamento sistemático do ganho pondero-estatal, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) por meio das curvas de crescimento. Essa estratégia permite monitorar o crescimento e identificar crianças com alterações de saúde em relação aos padrões estabelecidos, como também o avaliar o risco

nutricional, incluindo desnutrição ou obesidade. Além disso, essa avaliação integral possibilita o diagnóstico precoce de outras possíveis condições de saúde, como anemia e infecções, bem como vulnerabilidades que requerem intervenções médicas, nutricionais e/ou de suporte social. Portanto, em cada contato com os profissionais da saúde, é imprescindível avaliar o crescimento e o estado nutricional das crianças como parte da avaliação integral. Caso seja identificada uma condição nutricional inadequada que possa estar associada ou não a outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo a baixa renda ou maus-tratos/violência intrafamiliares, é necessário um acompanhamento especializado (Brasil, 2018).

Desde 1984, o Ministério da Saúde utiliza a ficha de Avaliação do Desenvolvimento. Ela foi elaborada por um grupo de especialistas, que objetivava avaliar e monitorar o desenvolvimento infantil na atenção básica, além de descrever os marcos do desenvolvimento esperados para cada faixa etária e identificar a necessidade de reavaliação ou encaminhamento caso a criança não alcance esses marcos. A ficha de Avaliação do Desenvolvimento é muito importante, pois funciona como um roteiro de observação para identificação de possíveis problemas de desenvolvimento, incluindo aspectos psicológicos, e recomenda que ela seja anexada ao prontuário de todas as crianças (Carvalho, 2012). O Ministério da Saúde (2002) definiu os principais marcos do desenvolvimento que são esperados no primeiro ano de vida:

- O período Neonatal (0 a 28 dias de vida): caracterizados com reflexos mais primitivos do bebê, como reflexo de Moro, reflexo de preensão, sucção e marcha. Aqui são avaliados como a criança reage a voz humana, além de outros sons externos; se a criança olha ao redor segundo linha média; se a criança interage com o rosto das pessoas; se consegue produzir pequenos ruídos;

- A Primeira Infância (29 dias a 2 anos): nesse período a criança começa a identificar a imagem do seu próprio corpo, a partir de explorações sensoriais e motoras do próprio corpo, que são influenciados pela percepção da mãe. É a partir dessa interação, a criança gradualmente constrói sua identidade pessoal. A criança gradativamente começa a estabelecer os padrões de sono, alimentação e eliminação de resíduos corporais. Esse período também é marcado pela maior destreza de alcançar, segurar e manipular objetos com os membros superiores, desenvolve aqui também o movimento de pinça fina utilizando o dedo polegar e o indicador.

- O período Infância (segunda infância ou pré-escolar, 2 a 6 anos): essa fase é caracterizada pelo refinamento das habilidades já adquiridas, com ênfase na capacidade de

comunicação, locomoção (como andar e correr com segurança, subir escadas, etc.), manuseio de objetos e brincadeiras simbólicas. Embora essas funções tenham certo grau de autonomia neuromotora, sua organização depende da atividade centralizadora do psiquismo, que possibilita sua articulação em uma direção determinada por cada indivíduo. Nessa perspectiva, se essa organização psíquica não for bem-sucedida, uma criança pode adquirir funções motoras, como caminhar, mas não saberá para onde se dirigir, ou pode começar a falar, mas não saberá fazer escolhas, expressar-se sobre si mesma ou fazer planos.

É importante ressaltar que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) é primordialmente realizado na Atenção Básica, mas também pode ser conduzido em outras instâncias da rede de saúde, como a atenção ambulatorial especializada. Durante o atendimento, os profissionais de saúde devem preencher as curvas de crescimento e os marcos de desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança, que incluem orientação para a avaliação dos marcos e classificação da situação da criança. É essencial que o profissional da Atenção Básica registre o progresso da criança para informar e capacitar a família sobre a saúde da criança, bem como para se comunicar com os profissionais de educação e assistência social. Em casos de atraso no desenvolvimento, é necessária uma referência responsável para um pediatra ou outros serviços especializados. É importante avaliar a necessidade de encaminhamento de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e os recursos locais disponíveis na rede de atenção do SUS ou intersetorial. O calendário de acompanhamento na Atenção Básica deve ser mantido para garantir a continuidade do cuidado, e o encaminhamento ao especialista não encerra o acompanhamento, exigindo corresponsabilidade na "trajetória de cuidado" proposta (Brasil, 2018). Portanto, toda interação entre uma criança e os serviços de saúde, independentemente do motivo que a levou a buscar atendimento, é significativa e deve ser registrada adequadamente para garantir o bem-estar da criança e a efetividade do tratamento.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

Em 2006, houve uma transição na nomenclatura e natureza do Programa Saúde da Família (PSF), que evoluiu de um programa com tempo limitado para uma estratégia contínua e perene dentro da atenção básica em saúde. Essa transformação ocorreu devido à distinção entre programa, caracterizado por sua temporalidade, e estratégia, que se destaca por sua permanência ao longo do tempo. Como resultado desse processo, o PSF passou a ser reconhecido como a Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecendo uma abordagem

duradoura e ininterrupta.

A introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no cenário brasileiro teve início em 1994 por intermédio do Ministério da Saúde. Seu propósito primordial consistiu em substituir o tradicional modelo de cuidados de saúde vigente. A ESF empreende uma reestruturação das práticas em uma perspectiva renovada, objetivando fornecer assistência mais próxima e direcionada às famílias. Nesse contexto, a busca por elevar a qualidade de vida da população brasileira ganha centralidade (Brasil, 2000). Assim, a ESF pode ser definida como:

um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados (Levcovitz & Garrido, 1996).

É válido ressaltar que antes da implementação da ESF, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como finalidade reorganizar a prática de atenção à saúde, substituir o modelo tradicional e levar a saúde para mais próximo das famílias. A atenção deve ser focada na família e em seu contexto, o que deve permitir às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampla do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que ultrapassam as práticas curativas nos serviços de saúde (Brasil, 2000). Portanto, a ESF reitera os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais são a universalidade, integralidade e participação da comunidade. A estratégia enfatiza a importância das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de maneira abrangente e ininterrupta (Brasil, 2000).

A ESF é composta por no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Quando a equipe é expandida, há a inclusão de um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Essas equipes têm como função executar ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais comuns na população, além de manter a saúde da população (Brasil, 2000).

A ESF possui atribuições básicas, que são as seguintes:

- I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II - Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os

dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

III - Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

IV - Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

IX - Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade;

X - Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

XI - Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;

XII - Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica;

XIII - Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

XIV - Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe;

XV - Participar das atividades de educação permanente;

XVI - Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

XVII - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais; e

XVIII - Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (Pnab, 2012, p.45).

Segundo Conass (2019), aproximadamente 85% dos problemas de saúde podem ser resolvidos sem a necessidade de ir a um serviço de emergência ou pronto-socorro. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui a capacidade de oferecer serviços de saúde

apropriados, contribuindo para a redução de internações desnecessárias, a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida da população. Nessa perspectiva, a ESF assume um papel crucial na transformação do modelo de assistência à saúde, voltado para a promoção da qualidade de vida da comunidade. A partir, do XXXVII Congresso Conasems, que ocorreu em Goiânia, na semana de 18 de julho de 2023 observou-se que a Atenção Primária em Saúde, ainda é a grande aposta do Governo Federal para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS. E que hoje, 88% das UBSs usam sistema com prontuário eletrônico, assim como ocorre um processo de digitalização dos dados de saúde. Espera-se que no cenário local, as dificuldades de encontramos dados sobre a realidade das UBS de Goiânia sejam superadas. Assim, como sejam apontadas como as EAI por meio de dados que cheguem aos gestores para a construção de ações, programas e políticas que beneficiem a primeira infância. Já que no cenário atual, não temos indicadores consistentes sobre: a organização, planejamento e sustentabilidade de ações referentes ao e-SUS APS, a Educação Permanente em Saúde na APS seja da gestão a assistência. E tão pouco, funcionamento ou estratégias para a promoção de saúde, ou mesmo matriciamento.

No ano de 2020, observou-se o encerramento das operações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) em determinados municípios brasileiros, o que impactou, mesmo na ausência de investigações específicas, as operações do NASF em Goiânia. Isso se deve ao fato de que a descontinuidade da política acarreta repercussões diretas nas atividades de apoio prestadas pelo NASF à Estratégia Saúde da Família (ESF), culminando em uma sobrecarga de responsabilidades para os distritos sanitários locais. Essa situação se acentua ao considerar que a cessação da Política impacta negativamente o processo de matriciamento na ESF, que se caracteriza pelo compartilhamento de conhecimento especializado e apoio técnico do NASF às equipes de saúde da família. Além disso, ocorre um acúmulo de funções nas ações direcionadas aos distritos sanitários locais. Nesse contexto, a relevância das implicações decorrentes da extinção do NASF é corroborada por estudos anteriores. Um exemplo é uma análise realizada em 2014, que avaliou especificamente a contribuição do profissional de Educação Física no programa NASF em Goiânia. Esses estudos evidenciam a importância do NASF na estruturação e eficácia das práticas de saúde pública, bem como os desafios resultantes de sua descontinuidade (Martinez & Silva, 2016).

Programa Criança Feliz

O Programa Criança Feliz (PCF) foi instituído por intermédio do Decreto n. 8.869, de 5 de outubro de 2016. Anos depois, o programa foi alterado pelo Decreto n. 9.579, de 22 de novembro de 2018. O programa é de caráter intersetorial, e busca promover o desenvolvimento integral de crianças, com ênfase na primeira infância. O PCF nasce como uma estratégia para reforçar a implementação do Marco Legal pela Primeira Infância (2015), apresentado anteriormente, isto é, os dois juntos objetivam a quebra do ciclo da pobreza, a redução de violências e estimulação da participação das crianças no espaço escolar.

O PCF parte do princípio de que os primeiros anos de vida da criança são cruciais para o desenvolvimento físico, social, cognitivo e emocional das crianças. Por isso, o programa tem como público gestantes e crianças de até 36 meses, de famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família; como também crianças de até 72 meses que possuem o benefício do Programa de Prestação Continuada (BPC)⁶; e crianças de até 72 meses que foram distanciadas do convívio familiar devido a aplicação de medida protetiva de que trata o art. 101, incisos VII e VIII, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O programa compreende que nesta etapa, as crianças vivenciam experiências que geram impactos significativos no desenvolvimento futuro, que afetam o modo de se relacionar com outras pessoas, o seu aprendizado, e como lidar com desafios. Além disso, o PCF oferece ações voltadas e integradas para a promoção do desenvolvimento infantil. As ações abarcam visitas domiciliares realizadas por profissionais capacitados, que orientam as famílias sobre cuidados gerais básicos, tais como: a saúde, nutrição, higiene e segurança das crianças. E são oferecidas também atividades lúdicas e educativas que estimulam o desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional das crianças.

3.5 Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003, e tem beneficiado aproximadamente 14 milhões de famílias em todos os municípios brasileiros. Sob a gestão nacional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que tem como principal objetivo contribuir para a redução da desigualdade socioeconômica no país, integrando políticas públicas e fortalecendo o acesso das famílias a direitos básicos como saúde, educação e assistência social. O programa busca também resgatar a dignidade e a cidadania das famílias, por meio da articulação com outras políticas para a superação da

⁶ O programa é previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que garante de um salário mínimo por mês a idosos com 65 anos de idade ou mais, ou às pessoas com deficiência em qualquer idade.

pobreza e transformação social, como assistência social, esporte, ciência e trabalho (Brasil, 2013).

Os beneficiários do PBF são inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal, que reúne informações sobre as famílias de baixa renda, sobre seus integrantes e as condições dos domicílios onde moram. Isso permite ao governo conhecer as reais condições de vida da população brasileira (Brasil, 2013).

Atualmente todas as famílias beneficiárias do PBF recebem no mínimo R\$ 600, enquanto as famílias com crianças na faixa etária de até seis anos recebem um adicional de R\$ 150 por criança (Benefício Primeira Infância) a partir de março de 2023. Há também um adicional de R\$ 50 para cada integrante da família com idade entre 7 e 18 anos incompletos e para gestantes (Benefício Variável Familiar) que será pago a partir de junho de 2023 (Brasil, 2023).

Os estados da Bahia, São Paulo e Rio de Janeiro são os que têm o maior número de beneficiários do Bolsa Família em março de 2023. Na Bahia, 2,56 milhões de famílias são contempladas em 417 municípios, com um investimento de R\$ 1,6 bilhão. Em São Paulo, há 2,55 milhões de beneficiários em 645 municípios, com um aporte de R\$ 1,7 bilhão do governo federal. No Rio de Janeiro, são 1,8 milhão de famílias em 92 municípios, com repasse de R\$ 1,2 bilhão. Na região Centro-Oeste, 1,13 milhão de famílias serão contempladas em 467 municípios, com um benefício médio de R\$ 688,73. Mais de R\$ 776,25 milhões serão transferidos, sendo R\$ 93,98 milhões voltados para o Benefício Primeira Infância (Brasil, 2023).

A intersetorialidade das políticas públicas voltadas para a saúde, assistência social, e educação são de extrema importância, pois alcançam as pessoas em sua integralidade, e para além, significa mais do que apenas a prestação de serviços na mesma área, pois deve proporcionar a sustentabilidade de ações criando uma rede de responsabilidade compartilhada.

3.6 Política Municipal de Promoção e Atenção ao desenvolvimento infantil saudável, promoção da saúde mental e prevenção de violências

Em 2015, na cidade de Goiânia, com o objetivo de conscientizar a sociedade goianiense a respeito dos impactos das violências na primeira infância, a Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia (SMS Goiânia), organizou o “Seminário Nacional sobre Primeira Infância Livre de Violências”. Com a presença de representantes da Política Pública Primeira Infância Melhor (PIM), do Instituto da Primeira Infância (IPREDE) e pesquisadores atuantes

da área da infância e saúde foram convidados para apresentar suas vivências no seminário sediado na cidade de Goiânia. O “Seminário Nacional sobre Primeira Infância Livre de Violências” apresentou como resultado final a “Carta de Goiânia pela Primeira Infância”. O objetivo geral da política municipal é propor a implementação de medidas de saúde no sistema hierarquizado de cuidados de saúde do município de Goiânia, com o objetivo de promover um desenvolvimento saudável em crianças de zero a seis anos, bem como fomentar a saúde mental infantil e prevenir ocorrências de violência durante a infância. Essas ações devem levar em consideração as particularidades étnico-culturais, vulnerabilidades sociais e raciais presentes na população.

Entre os objetivos específicos da política municipal, encontram-se: o cuidado em saúde mental das crianças, suas famílias e seus responsáveis, como também os cuidadores institucionais, em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária); a promoção de práticas educativas com familiares e cuidadores com o objetivo da prevenção de violências na infância; fortalecer e qualificar os serviços de Atenção e Proteção às Crianças e suas famílias em situação de violências e vulnerabilidades; e instituiu a ficha de notificação compulsória para acompanhamento de crianças que podem vir a vivenciar as situações de vulnerabilidades, e violências determinadas como participe das condições adversas na infância.

Capítulo 4 – Percursos Metodológicos

Este capítulo descreve os possíveis caminhos da pesquisa, que se inicia a partir da apresentação, observação e contato com a unidade de saúde. Antes da pesquisa, realizamos ações de promoção de saúde e extensão. A imersão na coleta de dados ocorreu na Unidade Básica de Saúde, localizada no bairro Estrela D'alva, na região Noroeste de Goiânia. O bairro possui uma população de 7.086 habitantes, de acordo com o IBGE, e conta com uma única Unidade Básica de Saúde (UBS).

4.1 Procedimentos de Coleta de Dados

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), registro CAAE 28871420.8.0000.5083 e está registrado no Sistema Integrado de Gestão Acadêmica (SIGAA/UFG), intitulado "Avaliação Prospectiva do Desenvolvimento da Primeira Infância junto à Estratégia Saúde da Família em Goiânia-GO"⁷. Esse projeto faz parte de uma estrutura mais ampla, conhecida como projeto "guarda-chuva", que abrange diversas outras pesquisas, incluindo estudos de doutorado, mestrado e iniciação científica. Seu objetivo principal é realizar uma avaliação sistemática e abrangente do desenvolvimento da primeira infância, considerando a atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, são adotadas abordagens e níveis de investigação diversos, visando compreender a efetividade e os desafios enfrentados pela ESF no acompanhamento do desenvolvimento infantil na cidade de Goiânia.

Com base na relevância do tema e na necessidade de compreender o contexto do acompanhamento do Desenvolvimento Infantil Precoce (DPI) pela ESF em Goiânia, foi conduzido um estudo piloto no período de abril a maio de 2019. Esse estudo envolveu a realização de entrevistas com 6 mães/avós, 6 gestores da atenção primária em saúde de Goiânia e 8 profissionais da ESF.

Durante as entrevistas, as mães relataram enfrentar dificuldades específicas, como a resolução de situações de conflito com seus filhos (por exemplo, "birras") e a organização dos cuidados da criança enquanto lidam com outras responsabilidades, resultando em cansaço e

⁷ Esse projeto foi selecionado entre 20 projetos pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) por meio da Chamada Pública 05/2020 – 7ª edição do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

sentimento de impotência. Foi observada uma falta de recursos e estratégias maternas para lidar com essas situações de conflito.

Dessa forma, é importante ressaltar que a região noroeste da cidade de Goiânia é pouco explorada em termos de estudos relacionados a esse tema, o que aumenta a relevância da escolha dessa área como cenário de estudo. Portanto, a combinação da importância do assunto e a escassez de investigações prévias nessa região foram os principais motivos para selecionar essa Unidade Básica de Saúde como o local de realização da pesquisa.

4.2 Local de Estudo

De acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021, a cidade de Goiânia, localizada no estado de Goiás, possui uma população estimada de 1.555.626 pessoas, o que a coloca como a décima maior cidade do país em termos populacionais. O estudo em questão foi conduzido na região Noroeste da cidade, mais especificamente no bairro Estrela D'Alva, que abriga uma população de 7.086 pessoas, conforme registros do IBGE. É importante salientar que essa localidade conta com apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde a pesquisa em questão foi realizada junto aos profissionais que atuam no Programa Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Os dados foram coletados após os profissionais serem devidamente esclarecidos sobre a metodologia da pesquisa, riscos e benefícios, assim como seu direito de deixarem de fazer parte da pesquisa a qualquer momento. Os participantes que manifestaram concordância foram solicitados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Apêndice A). O documento está sob a guarda dos participantes, e uma via com as pesquisadoras.

As entrevistas individuais aconteceram presencialmente entre os meses de outubro a novembro de 2021, e uma entrevista no dia 20 de janeiro de 2023, na unidade de saúde da Atenção Básica, com as equipes da ESF. Levavam em média 30 minutos com cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas, por meio de um gravador de voz de celular. Segundo Pimentel (2018), a utilização de entrevistas como ferramenta científica de coleta de dados deve ser resultado de um planejamento metodológico consistente.

4.3 Transcrição e Organização de Análise

As transcrições das entrevistas foram reorganizadas na íntegra a partir de roteiro semiestruturado (Apêndice B). Ainda de acordo com Pimentel (2018), as entrevistas semiestruturadas são frequentemente mais usadas nas pesquisas científicas, pois conciliam certo grau de comparabilidade entre o discurso dos participantes e em que se discute a espontaneidade de significados. Também permitem um fluxo espontâneo de diálogo. O roteiro de entrevista (Apêndice B) é uma espécie de guia para o pesquisador (o qual o entrevistado não tem acesso), e que orienta a relação interativa entre pesquisador e entrevistado, mas que não se limita a ele.

Após a aplicação do roteiro e a transcrição das entrevistas, elas foram detalhadas em quadros, com núcleos de significados temáticos (codificação), e foi desenvolvido um instrumento para a categorização no *Google Formulários* (Apêndice C) e incluído no software *Atlas.ti*. (Apêndice D).

4.4 Participantes

Os participantes desta pesquisa foram selecionados com base no critério de pertencerem à equipe do programa Estratégia Saúde da Família, que é composta por profissionais de saúde. Cada equipe de saúde da família é composta por médico(a), enfermeiro(a), cirurgião(ã)-dentista e agentes comunitários de saúde. Essas equipes fornecem uma variedade de serviços, incluindo consultas médicas, enfermagem e odontológicas, educação em saúde, visitas domiciliares, administração de medicamentos, acolhimento a situações de urgência, solicitação de exames e acompanhamento da situação vacinal.

Os participantes incluíram agentes comunitárias de saúde, profissionais da enfermagem, medicina, odontologia e representantes da gestão. A seleção desses participantes foi realizada com o objetivo de obter perspectivas de todos os profissionais que estavam atuando naquela unidade de saúde durante o período da pesquisa, visando compreender as diferentes práticas e contribuições de cada um.

As agentes comunitárias de saúde foram incluídas devido à sua prática intensiva no bairro e na comunidade, através das visitas domiciliares. Os profissionais da enfermagem, medicina e odontologia foram selecionados devido à sua atuação direta dentro da unidade de saúde. A inclusão dos representantes da gestão foi considerada relevante para compreender o funcionamento geral das práticas e o papel desses profissionais como intermediários com outros serviços.

Ao entrevistar todos esses profissionais, a pesquisa visou obter uma visão mais completa para o entendimento das experiências adversas na infância e seus impactos no desenvolvimento infantil. A inclusão de diferentes perspectivas e áreas de atuação permitiu a obtenção de insights abrangentes e enriquecedores para a pesquisa, proporcionando uma compreensão mais ampla das questões relacionadas às experiências adversas na infância e suas implicações no desenvolvimento infantil.

4.5 Instrumentos

Primeiramente, foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado piloto, elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas envolvendo rotina de trabalho, entendimento sobre o Programa Crescimento e Desenvolvimento (CD), as experiências adversas na infância, e o trabalho em equipe. Depois, a partir do roteiro piloto, estruturamos melhor as perguntas, elaborou-se um roteiro final (Apêndice E). O roteiro foi composto por questões sobre: a rotina de trabalho, ações desenvolvidas desde a gestação até a primeira infância, atribuições dos profissionais, perspectiva dos profissionais a respeito de políticas públicas voltadas para a primeira infância, experiências adversas na infância, de que modo os profissionais lidam com as denúncias de violências contra crianças, o que os profissionais percebem que mais impacta o desenvolvimento das crianças do bairro, dentre outras, que constituíram os eixos temáticos.

Então, as temáticas enumeradas diziam respeito ao fazer na prática, com o objetivo de identificar as situações de risco e vulnerabilidade social das crianças, familiares e a comunidade adscrita. Portanto, na análise os temas foram aglutinados em: fatores de risco, adversidades na infância, as condições de saúde da população atendida, e ainda, suas aplicações nas políticas públicas a partir de conceitos teóricos retirados e discutidos na literatura.

4.6 Procedimentos

A partir da Unidade de Saúde da Família (UBS) Estrela D'alva, a equipe se constitui das seguintes categorias: agentes comunitários de saúde (ACS), profissionais de ensino superior e gestão. A compreensão do campo de práticas e fazeres só se estabelece a partir do momento em que se adentra ao território. E a Estratégia da Saúde da Família é o equipamento de saúde, cujo objetivo é conhecer e se reconhecer no território. Assim, estudar as experiências adversas na primeira infância em suas realidades de trabalho é tentar apreender a

realidade local nas falas dos agentes comunitários de saúde e demais trabalhadores. Dessa forma, ao utilizar a abordagem qualitativa nesse estudo, pode-se ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a temática.

A experiência, a vivência e a constância desta proposta de estudo nos permitiram investigar, desenvolver e nos apropriar das diversas dimensões da análise temática ao longo do processo. Assim, os dados coletados na percepção dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e dos demais trabalhadores possibilitaram uma maior apreensão da realidade da matriz conceitual do indivíduo, família e comunidade, contribuindo para o entendimento mais aprofundado na intenção de descrever sobre essas diversas óticas: a do fazer, a do cuidado e da aplicação prática sobre as adversidades na infância. Com os outros profissionais que compõem a equipe mínima de saúde, em conjunto com a gestão, foi ampliado o olhar sobre os sistemas meso e macro social do atendimento a comunidade.

Essa descrição detalhada dos procedimentos metodológicos possibilitou a avaliação do processo de pesquisa (Gil, 2010), aumentando o rigor científico empregado, refletindo sobre a ética e evidenciando a relevância das atividades planejadas (Flick, 2009).

4.6.1 Análise de dados

Finalmente, durante as fases de análise de dados, foi escolhido o software utilizado para analisar os dados (Gibbs, 2009). O programa que se mostrou mais apropriado para o gerenciamento e análise das informações coletadas foi o *Atlas.ti*. Segundo Gibbs (2009), este programa facilita o gerenciamento de um grande número de informações, possibilita a criação de uma lista de códigos, e permite o registro de ideias durante a análise de dados. Dessa forma, esse software auxiliou no agrupamento dos códigos para a categorização dos dados e a organização dos aspectos identificados nos resultados.

Ao finalizar a tarefa de pré-análise descrita por Bardin, as respostas foram reagrupadas em perguntas para a organização dos dados. Foi importante identificar cada uma das entrevistas por meio de códigos (E1 a E20), distribuídos por categorias profissionais, a partir da triangulação, a saber: (1) Agentes Comunitárias de Saúde; (2) profissionais referentes da equipe mínima, enfermeiros, cirurgião dentista e médicos; e por fim, (3) Gestão. Além disso, se organizou a data, o local da entrevista, e o tempo de duração das entrevistas, bem como as informações de identificação dos sujeitos da pesquisa, tais como nome, idade, nível de escolaridade (Gibbs, 2009).

O software utilizado para a análise auxiliou no registro das entrevistas, quantificação de palavras, na organização das categorias, subcategorias e na síntese dos resultados. Na sequência, apresentam-se os procedimentos metodológicos adotados na fase de análise de dados.

4.6.2 Fases da análise de conteúdo da Bardin

Essa pesquisa passou pelas três etapas de Bardin (2006): a) pré-análise, na qual se organizou o material a ser analisado, sistematizando as ideias iniciais. Tal organização também passa por quatro etapas, que são: leitura flutuante do material; escolha dos documentos que serão analisados; construir o corpus com base na representatividade, exaustividade; formulação das hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores; b) exploração do material, em que as informações são reunidas com a construção de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos (unidades de compreensão que codificam a unidade de registro correspondente ao segmento de mensagem para entender o significado exato dessa unidade); c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, na qual se faz o tratamento, por inferências e interpretações, fase em que os dados coletados são processados pela inferência e interpretação; esta etapa é utilizada para processar os resultados, há a condensação e o destaque das informações para análise, chegando às interpretações de inferências, é o momento reflexão e análise crítica (Fluxograma 1).

Para a construção desse estudo, cada etapa da Análise de Conteúdo de Bardin será seguida.

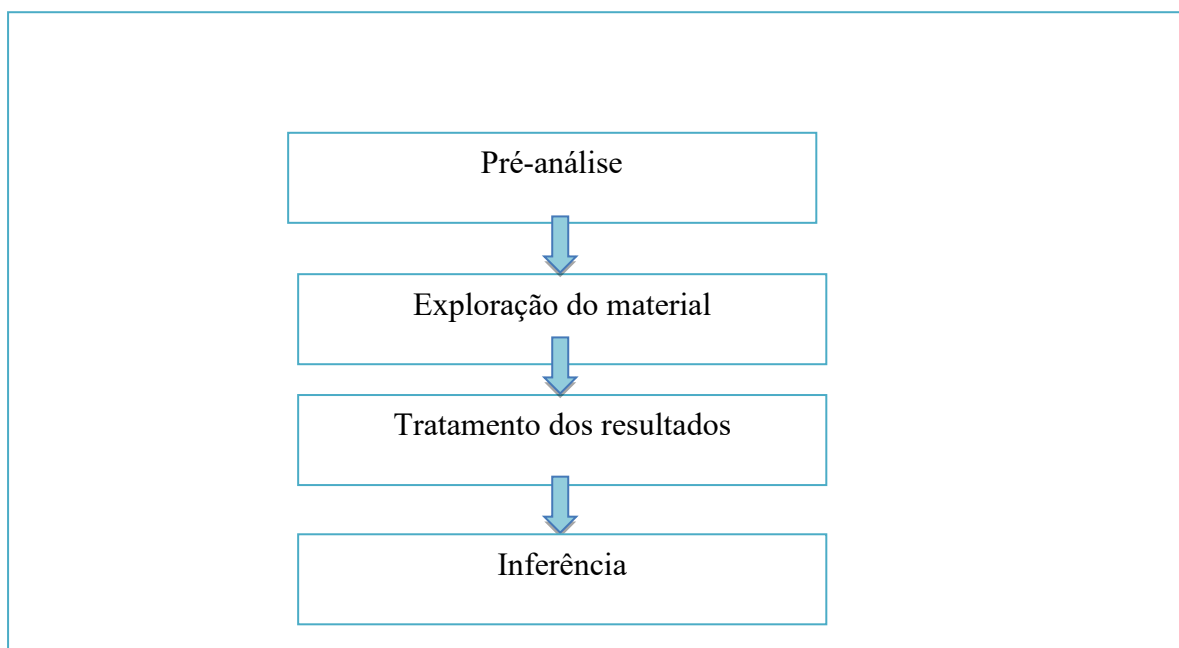


Tabela 1: Fluxograma – Etapa da análise dos dados.

A primeira fase da análise dos dados foi dividida em três grandes ciclos. O primeiro ciclo, codificação, buscou identificar e registrar trechos dos materiais analisados que exemplificam uma mesma ideia (Gibbs, 2009). Desta forma, a primeira leitura do material permitiu a análise dedutiva da estrutura dos dados e a elaboração de uma lista de códigos descritivos, embasados nos aspectos identificados anteriormente na literatura. Essa identificação facilitou a análise de dados, relacionando excertos de informações às dimensões que estavam sendo investigadas.

Conjuntamente, a ferramenta links do *Atlas.ti* permitiu o concatenamento dos aspectos analisados e o destaque de contradições na fala dos participantes. Ao longo desse processo de codificação, foram feitas anotações sobre os *insights* derivados da leitura dos materiais registrados no software através do rótulo do código, contendo definições relacionadas à sua ideia principal e outras anotações sobre alterações feitas durante a análise. Ao final deste primeiro ciclo, obteve-se uma lista de códigos descritivos, que serviram de base para o segundo ciclo da análise.

No segundo ciclo da análise, foi feita a categorização, que tem o objetivo de transformar os códigos descritivos em categorias abstratas, que expressam vários tipos de relações conceituais. Essa categorização buscou identificar acontecimentos, atividades e explicações sobre os aspectos investigados (Gibbs, 2009). Esse agrupamento dos códigos permitiu visualizar dados que suportam a visão dos participantes sobre as experiências

adversas na infância, a rotina de trabalho, ações desenvolvidas desde a gestação até a primeira infância, atribuições dos profissionais, perspectiva dos profissionais a respeito de políticas públicas voltadas para a primeira infância, experiências adversas na infância, de que modo os profissionais lidam com as denúncias de violências contra crianças, o que os profissionais percebem que mais impacta o desenvolvimento das crianças do bairro, dentre outras.

Na construção da terceira e última fase da pesquisa, após a compreensão do campo, indução e dedução sobre a leitura das entrevistas transcritas, codificação e categorização, foi realizada a releitura de todas as entrevistas realizadas e a recodificação dos trechos que mais exemplificavam os códigos analíticos criados (Gibbs, 2009). Ao final deste ciclo de análise, foi possível consolidar a organização dos códigos em dimensões sobre a unidade básica de saúde (estrutura e função), sobre a população atendida (sistema do controle social) e a apreensão política da realidade observada e a prevista em lei.

Capítulo 5 – Resultados

O objetivo deste capítulo consiste em apresentar os resultados obtidos por meio de uma análise qualitativa de dados. Nesse sentido, serão avaliados o contexto da coleta de dados, as condições de saúde envolvidas e as práticas comuns, colaborativas e específicas de três equipes estudadas, compostas por profissionais das categorias: ACS (Agentes Comunitárias de Saúde), profissionais de ensino superior e a gestão. Essa análise visa alcançar o objetivo estabelecido para a pesquisa.

Durante a fase de pré-análise das respostas às questões abertas, seguimos um roteiro e constatamos que as práticas em saúde dos trabalhadores da unidade em estudo seguiam uma rotina pré-estabelecida na UBS Estrela D’Alva. Além disso, observou-se que suas ações no território eram específicas às categorias profissionais estabelecidas. Notavelmente, a apreensão do território era realizada quase que exclusivamente pelas Agentes Comunitárias de Saúde, enquanto outros profissionais de saúde mencionavam de forma limitada as visitas domiciliares, concentrando-se principalmente no espaço físico da UBS. Por sua vez, a gestão desempenhava suas atividades e ações no nível central, envolvendo a Secretaria Municipal de Saúde e a UBS Estrela D’Alva.

Para a organização do “*corpus*” do trabalho, as tarefas foram assim estabelecidas. Reordenamos o número dos entrevistados, aglutinamos as agentes comunitárias de saúde, enumeradas de um a doze. Os profissionais de nível superior foram enumerados de treze a dezoito e a gestão, dezenove e vinte. Tal organização ocorreu com o objetivo de triangular os dados por categorias de trabalho.

Na fase de métodos como resultados, foi realizado o destaque das palavras-chave nas perguntas, acompanhadas dos objetivos específicos desta parte do trabalho. As perguntas foram reorganizadas de acordo com uma sequência numerada de um a onze (ver apêndice do roteiro de entrevista). As unidades de análise foram então formadas por parágrafos que continham perguntas associadas a temáticas específicas. Nessa etapa, corrigimos erros de transcrição e buscamos aproximar os erros de semântica que poderiam comprometer a compreensão do significado. Essa etapa foi conduzida por meio da escuta atenta e repetida das entrevistas, visando uma melhor compreensão das falas dos entrevistados e garantindo a apreensão precisa das expressões utilizadas, bem como compreender seus posicionamentos.

Após a conclusão da fase de exploração dos dados, avançamos para a etapa de codificação, na qual realizamos uma leitura exaustiva e flutuante para identificar os núcleos

de significado ou sentido a partir das palavras-chave delineadas pelas perguntas. Delimitamos as unidades de registro, as unidades de contexto e os eixos temáticos.

Na fase de tratamento dos dados, a categorização e descrição dos dados foram divididas em dois momentos de triangulação. O primeiro momento envolveu a triangulação entre os dados empíricos (as falas dos trabalhadores), as conjunturas (experiências e práticas vivenciadas na unidade de saúde) e a produção existente na literatura sobre as temáticas abordadas. O segundo momento de triangulação ocorreu por meio da aglutinação dos três eixos temáticos: o entendimento das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre os temas, a compreensão dos trabalhadores com ensino superior sobre os sistemas e as percepções da gestão em relação a essas categorias. Nesse sentido, foram consideradas não apenas as subcategorias, mas também os indicadores de contexto e uma análise mais aprofundada dos dados.

Nas etapas de inferências e interpretações, foram verificadas as aproximações e distanciamentos entre os discursos, que foram divididos em códigos e agrupados em categorias e subcategorias, seguindo as triangulações realizadas.

5.1 Contextualização do estudo

Elegemos na literatura os conceitos teóricos sobre os tipos de experiências que caracterizam tais situações.

A partir da proposta de categorização apresentada, encontramos nas vivências dos profissionais de saúde e em sua prática profissional com a comunidade as condições de aprimoramento para tais práticas. E como a comunidade descreve as relações com as crianças em termos psicossociais, por este trabalho, identificou-se seis tipos de experiência: (1) avaliação das condições de saúde local; (2) práticas comuns no atendimento à população; (3) o projeto para o desenvolvimento infantil saudável; (4) condições adversas na infância; (5) fatores de risco para o desenvolvimento saudável; e as (6) condições de avaliações das políticas públicas no aprimoramento do trabalho em equipe. A Tabela 3 detalha as experiências citadas na literatura sobre a temática.

Tabela 2 – Experiências citadas na literatura

Experiências	Referências
--------------	-------------

Avaliação das condições locais de saúde	Fonseca (2013); Prado et al (2007);
Práticas comuns no atendimento à população	Habigzang et al (2011); Carvalho (2005);
Projeto para o desenvolvimento saudável	Azevedo Mazza et al (2008); Naudeau et al (2010); Finkelhor (2018); Goldstein et al (2017);
Condições Adversas na infância	Franke (2014); da Silva et al (2020); Soares (2016);
Negligências parentais	Assis et al (2009); Alvarenga et al (2018);
Fatores de risco para o desenvolvimento saudável	Stochero et al (2021); Teixeira (2011); Danese et al (2014); Martins (2020);
Violências de todas as naturezas	Dell’Aglia et al (2009); Vieira (2015); Zavaroni et al (2015); Pinto Junior et al (2015);
Condições de desenvolvimento de políticas públicas	Vieira et al (2015);

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Tabela 3 – Características Sociodemográficas dos trabalhadores da UBS Estrela D’Alva

Sexo	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Feminino	16	80
Masculino	4	20
Idade	Frequência (n)	Porcentagem (%)
27 – 33	4	21.4
34 – 40	8	41.6
41 – 47	4	20.4
48 – 54	2	10.9
55 – 61	1	5.6
Escolaridade	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Ensino Fundamental	1	5.0
Ensino Médio Incompleto	4	20.0
Ensino Médio	7	35
Ensino Superior Incompleto	1	5.0
Ensino Superior	7	35
Cargo / Função	Frequência (n)	Porcentagem (%)
ACS	12	60.0
Cirurgião Dentista	1	5.0
Enfermeiros	3	15.0
Médicos	2	10.0
Gestores	2	10.0
Tempo de Serviço (anos)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Menos de 01	1	5.0

De 01 a 06	10	20.0
De 07 a 12	6	30.0
De 13 a 20	2	10.0
De 21 a 28	0	0
De 29 a 36	1	10.0

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Na tabela, observa-se quem são os trabalhadores de saúde que compoem a unidade de saúde Estrela D'Alva em termos de equipe e trabalho. A maioria dos trabalhadores é do sexo feminino (80%), e por associação não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos na variável referente ao sexo, ($p < 0,004$, gl (3), uma vez que a distribuição dentro dos grupos não é equitativa.

Quanto à categorização idade, a distribuição dentro da unidade refere-se ao padrão de normalidade, e a média em idade dos trabalhadores é de 40 anos, que pode ter sido aumentada ao se ter oito trabalhadoras com idade no intervalo de 34 a 40 anos.

Ao considerar toda a equipe de trabalhadores envolvida no estudo e analisar a relação entre escolaridade e função, é possível observar que a maioria dos trabalhadores possui formação em nível superior (7; 35,0%), seguida por profissionais com ensino médio (7; 35,0%). Para avaliar as diferenças estatísticas entre os grupos e a associação entre as classes relacionadas à escolaridade, considerando a presença de mais de duas classes, foi utilizado o teste de independência para todas as categorias. Com um valor de χ^2 de 0,009 e grau de liberdade de 4, foi encontrada uma probabilidade associada de 0,000, indicando a existência de diferenças significativas entre as categorias em relação à formação educacional.

No que diz respeito aos cargos ou funções exercidas, a maioria das pessoas na unidade de saúde são Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 12 indivíduos e representando 60,0% das funções desempenhadas. Essa distribuição está em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela legislação para a estratégia de saúde da família. Entre os profissionais de ensino superior, a maioria é composta por enfermeiros (3), o que corresponde a 15,0% da amostra. Além disso, foram entrevistados dois gestores do estabelecimento de saúde em questão, a fim de garantir critérios de sigilo e dispersão amostral.

Por fim, é importante destacar que a execução das condições de saúde da população está relacionada ao tempo de serviço prestado e ao conhecimento sobre as áreas de atuação. Grande parte dos profissionais (20,0%) está na unidade de saúde há um a seis anos, enquanto outro grupo significativo (30,0%) está no intervalo de sete a doze anos. Isso evidencia que, apesar da rotatividade mencionada em seus discursos, esses profissionais de saúde estão

territorialmente estabelecidos no bairro Estrela D’Alva e compõem a equipe mínima de saúde da Estratégia da Saúde da Família.

5.2 Análise de Frequência de palavras no discurso por meio da triangulação das categorias de trabalho

A produção de saberes, práticas e sentidos, que antecede as fases de inferências e interpretações, nos trouxe a exploração e quantificação das palavras que mais aparecem nos discursos por categorias, e que será o ponto de introdução para a indução das temáticas sobre as experiências adversas na infância. Seguida nas Tabelas 5 e 6.

Tabela 4 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos das agentes comunitárias (ACS) de saúde, com a frequência relativa nos discursos

Palavras-chaves	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Criança	357	11.95
Desenvolvimento	129	4.33
Mãe	127	4.26
Unidade	102	3.42
Visitas	82	2.75
CD	77	2.58
Médico	77	2.58
Família	74	2.48
Enfermeiro	66	2.21
Infância	62	2.08

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Ao analisarmos os substantivos mais frequentes no discurso dos agentes comunitários de saúde e a respectiva porcentagem de ocorrência, buscamos compreender o grau de importância e preocupação desses profissionais. As palavras-chave selecionadas para essa análise incluem: criança, desenvolvimento, mãe, unidade, visitas domiciliares, CD (crescimento e desenvolvimento), médico, família, enfermeiro e infância. Essas palavras revelam uma orientação para compreender o contexto e as situações enfrentadas pelos agentes comunitários de saúde no território em que atuam. Os conceitos relacionados a esses termos refletem, como podemos observar, algumas definições relevantes, conforme expresso pelas perspectivas desses profissionais.

*[...] Acredito que sim, a primeira infância é muito importante. Mas, sei também, tem as outras coisas, mas eu acho que a **criança**, até mesmo na questão da educação, até dos pais mesmos [...] (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] Por que os pais, que na verdade a gente faz é o atendimento a **criança** [...]* (E2, agente comunitária de saúde).

*[...] Principalmente quando ele tem de 0 anos a 3, 4 e 5 anos. Eles não têm um entendimentozinho, mas, são **os pais** mesmos [...]* (E2, agente comunitária de saúde).

Pode-se perceber pelo excerto que as temáticas que norteiam a palavra criança envolvem a relevância, a educação parental (mãe/pais), a faixa etária e principalmente a autonomia sobre os seus atos. Foi possível verificar que várias ACS produzem o mesmo conteúdo referente, portanto “criança” é a palavra que mais acompanha o discurso. Como no exemplo abaixo.

*[...] Com certeza, tem que priorizar a **criança**. Ela é o futuro, futuro da nação, então quanto mais precoce o atendimento [...]* (E8, agente comunitária de saúde)

Além disso, constatou-se que a palavra "desenvolvimento" é amplamente utilizada no discurso, e uma análise detalhada revela sua associação com o processo de Crescimento e Desenvolvimento (CD) em diversos aspectos psicossociais, conforme evidenciado no contexto abaixo:

*[...] Na minha mente, o **desenvolvimento**. Eu penso em algum acompanhamento adequado, uma alimentação adequada, uma educação adequada, o acompanhamento dos pais. Às vezes, os pais trabalham e assim, mais o **desenvolvimento** é na infância mesmo* (E5, agente comunitária de saúde).

A ideia de processo é de verificar como o desenvolvimento ocorre em uma perspectiva longitudinal, considerando temas recorrentes que vão além do desenvolvimento físico, incluindo também as condições familiares e sociais, como exemplificado no caso do trabalho dos pais. Ao analisar as unidades de registro, é possível identificar que as palavras mais frequentes indicam uma compreensão mais aprofundada da realidade. Essas palavras estão presentes na visão da ACS em relação à criança, seu desenvolvimento e o contexto em que ela se desenvolve (pais, família, escola, trabalho).

Por fim, observa-se nas últimas palavras recorrentes na Tabela 5 a presença das categorias profissionais, como médico, enfermeiro e cirurgião-dentista, no discurso, o que evidencia o entendimento compartilhado entre os colegas de trabalho dentro do contexto analisado, conforme o excerto a seguir:

*[...] Ter esse acompanhamento, essa visita do **médico** quando necessário na residência para **criança**, eu entendo nesse sentido quando a mãe adere, quando a **família** adere ao programa do CD, que vem realmente nas consultas, está interessada em saber se a **criança** está se desenvolvendo bem [...] (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] É porque, tipo assim, é tudo, o que a gente vê, e coisa a gente sempre passa para o **enfermeiro** [...] (E9, agente comunitária de saúde).*

*[...] Aí se precisar passa para o **médico**, ou se vai fazer visita. Por exemplo: tem uma **criança**, assim, assim, eu não vou agendar a consulta, e tal. Então, fala pra mãezinha trazer ele aqui [...] (E9, agente comunitária de saúde).*

*[...] Às vezes, está assim, não tem como agendar, porque vai demorar. E não tem vaga, aí fala assim: - Não, fala pra vir tal hora. Aí a gente vai ver isso, e geralmente a gente passa para a **enfermeira** e a enfermeira que fica com a mãezinha. Aí, já é uma parte dela [...] (E9, agente comunitária de saúde).*

[...] O nosso é trazer os negócios dos ACS, é trazer qualquer coisa que você vê. É diferente, em termos de tudo, até uma violência ou alguma coisa a gente percebe, assim [...] (E9, agente comunitária de saúde).

*[...] Você fala assim, em termos de necessidade da unidade? Sabe, o que eu acho que faz falta agora, o que está fazendo falta na unidade é **dentista** para as crianças. Porque quando tinha **dentista** era bom, porque, quando iamos para a escola e a **dentista** ia também. E ela examinava, ela ensinava a escovar direito os dentes, passar o fio dental dava brindezinho e escovinha de dente, [...] Eu acho que, depois que, parou com o consultório odontológico, e assim **dentista** é caro, e qualquer coisinha procedimentozinho é caro! Então, aqui tinha muita coisa, que resolvíamos [...] (E12, agente comunitária de saúde).*

Portanto, as condições de saúde nas previsões das agentes comunitárias de saúde interpelam as figuras de colegas de trabalho, além de os reconhecerem como parte do serviço e como equipe nos atendimentos, por isso, são tão citados nos discursos.

Muitas vezes, o reconhecimento do trabalho do profissional de curso superior de saúde auxilia os atendimentos da equipe mínima de saúde. Mas também fica demonstrada a fragilidade da Estratégia de Saúde da Família quando um profissional tão importante para o serviço não consegue executar o trabalho devido às condições de fragilidade de estrutura e falta de recursos humanos.

Tabela 5 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos dos profissionais de curso superior de saúde, com a frequência relativa dos discursos

Palavras-chaves	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Criança	106	2.73
Desenvolvimento	94	2.42
Crianças	66	1.70
Saúde	59	1.52
Equipe	52	1.34
Unidade	50	1.29
Programa	49	1.26
CD	45	1.16
Problema	35	0.90
Infância	34	0.87

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Para os profissionais de nível superior, a criança e o desenvolvimento também são centrais em seus discursos. Eles entendem que esse processo de desenvolvimento infantil se inicia antes mesmo da gestação, e ainda correlacionam idade e desenvolvimento físico e cognitivo, conforme descreve o excerto abaixo.

*[...] Com certeza que vai influenciar em todo **desenvolvimento**. Porque desde quando a mãe começa a se conscientizar da importância do **desenvolvimento** da **criança**, isso vai facilitar a identificar algo, que a criança tenha e que não está coerente com a idade. Então, fica mais fácil até para ela acompanhar e ver também o que pode ser feito. Procurar a unidade quando vê a necessidade [...] (E15, profissional de curso superior de saúde).*

A saúde emerge como um termo central no discurso dos profissionais de nível superior, enquanto sua centralidade é menos evidente no discurso dos Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, devido à sua alta frequência, a saúde está constantemente relacionada à construção de ações, programas e políticas. Essa relação pode ser observada nos excertos abaixo, que foram localizados e indicados.

*[...] As ações assim, a gente procura orientá-los em relação ao autocuidado, em relação às questões de **saúde** mesmo, saúde individual e coletiva. Tanto intrafamiliar quanto na comunidade porque eles também estão fazendo no seu meio de convívio. A gente sempre orienta em relação a isso, é em relação a buscar sempre informações. sobre tudo que eles têm interesse em relação à **saúde** e outras informações, que também podem ser relevantes para o dia a dia deles [...] (E14, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] As **ações** assim, geralmente já vêm com o cronograma para fazermos [...] o Ministério da Saúde manda material e também para prefeitura que repassa para nós. Tem a pesquisa, onde realizamos um levantamento na escola, da área de abrangência. E então, programamos o PSE – Programa de Saúde na Escola. E vamos lá, fazemos primeiro as palestras em cada sala, juntamente com*

*odontologia, medicina, enfermagem, psicologia e com o rapaz da atividade física. Eram várias pessoas, nós fazíamos palestras. Depois eram feitos exames, para ver necessidades tanto de oftalmologia como medicina, no caso. E todos esses são casos, que nos ajudam na **saúde** [...] (E16, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Olha, junto com as famílias, existe o serviço de atendimento domiciliar, tem o serviço de programa **saúde** na escola, o pré-natal e o crescimento e desenvolvimento e do hiperdia, que são os programas da unidade. Fora isso, o restante é do nosso dia a dia mesmo, porque a **saúde** primária não é só o atendimento. E tem que ter as técnicas de promoção de **saúde**, então basicamente é tudo. Por exemplo: se um paciente que é hipertenso e diabético tem que fazer orientação a respeito de hábitos de vida, atividade física, alimentação. **Crianças**, a gente vai fazer as orientações sobre a alimentação, crescimento e **desenvolvimento**, hábitos de vida, gestante a mesma coisa [...] (E18, profissional de curso superior de saúde).*

A palavra problema aparece na Tabela 6, e na unidade de contexto abaixo e em termos semânticos difere das demais, que estão no mesmo campo de significado. E ao observarmos a frequência de seu uso, identificamos como resultados:

*[...] Então, é igual, eu creio que é mais uma resposta da outra, que eu vou saber identificar e vou tentar solucionar **o problema**, entendeu? O que eu não conseguir resolver aqui, eu vou ter que fazer um encaminhamento para um especialista. Então, o ponto forte do Programa de CD seria isso, identificar o **problema** desde o início e acompanhar essa criança, ver o desenvolvimento. Tentar solucionar esse **problema** dela. Então, esse seria o ponto forte. Eu peguei essa criança desde o início, a identifiquei ali no início, e cuidar dela até a cura mesmo em si [...] (E13, profissional de curso superior de saúde).*

Na análise mencionada anteriormente, observa-se uma dificuldade no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos usuários, particularmente no contexto da promoção e prevenção em saúde, que é um aspecto central nos discursos dos profissionais de ensino superior. O monitoramento do crescimento das crianças é um elemento orientador das práticas e conhecimentos desses profissionais. Mesmo durante a pandemia da Covid-19, afirmam que essa vigilância em relação ao desenvolvimento, embora tenha diminuído, ainda não cessou. Eles enfatizam que a família, a equipe e a comunidade são responsáveis pela saúde da criança ao longo de todo o processo de adoecimento, tanto dentro quanto fora da Unidade de Saúde.

Por outro lado, no contexto do mesossistema, houve um problema identificado pela equipe de saúde em relação à família, quando a mãe não fez o diagnóstico de autismo, assim

como a equipe. Como resultado, a criança não se beneficiou da estimulação precoce, que teria contribuído para seu desenvolvimento físico, psíquico e social, conforme indicado na unidade de registro a seguir.

*[...] É assim, são as coisas, que na prática ainda não posso lhe informar porque a gente não está vivenciando o desenvolvimento, como já foi dito antes, é essencial porque quando uma mãe ou a equipe consegue identificar algum **problema** antes na criança, isso vai ajudar bastante em seu desenvolvimento futuro. Vai antecipar o **problema** antes que ele se agrave, como teve um relato de uma mãe que veio descobrir depois de quatro anos que o filho tinha autismo. Se soubesse antes, às vezes, já poderia ter antecipado o tratamento e isso ajudaria até no desenvolvimento da criança. Sabemos que nem sempre a criança, por ter autismo, terá impedido o seu desenvolvimento futuro. Tem criança que consegue estudar. O relacionamento não é igual, mas o desenvolvimento em longo prazo, com certeza consegue evitar pioras e, é algo que venha a prejudicá-la no futuro [...] (E15, profissional de curso superior de saúde).*

Por fim, abordaremos os problemas estruturais identificados, que podem ser descritos como questões que vão desde o não funcionamento da equipe de saúde (recursos humanos) dentro da unidade de saúde, até as adversidades efetivas enfrentadas na infância, envolvendo fatores de risco agregados. Um exemplo desses fatores é a insegurança alimentar, relatada pelos profissionais de saúde em seus discursos sobre os usuários e seus contextos sociais. Esses problemas estruturais representam desafios significativos que precisam ser abordados.

*[...] Na minha equipe. A minha equipe, entre nós profissionais, até que a gente é bem unida assim, não tem nenhum **problema** [...] (E17, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Mas, eu já tive muitos **probleminhas** aqui, mas com o pessoal das outras equipes. Mas, da minha equipe mesmo, eu não tenho nada a reclamar não. As ACS trabalham bem. Eu confio nas minhas profissionais. Aqui tem pouco funcionário, a equipe não está tão completa. Ai fica muita gente. É uma pessoa só, para triar todo mundo. Às vezes, já tive **problemas** com pessoas em outras unidades, de outras equipes [...] (E17, profissional de curso superior de saúde).*

[...] Marcam pacientes, sem nem saber da minha agenda. E, de umas semanas para cá, aparentemente conseguia organizar um pouquinho. E tudo o que chega de encaixe eu sempre peço para jogar para mim [...] (E17, profissional de curso superior de saúde).

*[...] Olhe assim. Agora nesse momento eu não tenho a estatística e não dá para informar, mas com certeza, devido ao **problema** que está tendo com a fome se*

*alastrando, com certeza deve ter muita criança já com o início da desnutrição. Não há dúvida não, o **problema** está muito sério [...] (E15, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] As pessoas têm que entender o que é o SUS. Como que principalmente, a meu ver, o **problema** maior é que ninguém entende, como que o SUS é hierarquizado. Ninguém sabe o que é uma unidade primária, secundária, terciária. A pessoa vê aqui, posto de saúde e acha que isso aqui é para tudo. A pessoa vê lá CAIS UPA, acha que lá é pra tudo[...] (E18, profissional de curso superior de saúde).*

[...] Acha que vai ter porta aberta em hospital. Não é assim, falta muita informação no sentido de como que isso aqui funciona. Para que, isso aqui funcione como realmente precisa ser [...] (E18, profissional de curso superior de saúde).

*[...] A gente faz serviço de CAIS, o CAIS faz serviço de posto de saúde. As pessoas vão parar na porta do hospital esperando serviços, que poderiam ser sanados aqui. Então, é uma **questão complicada**, não só do ponto de vista administrativo, como cultural do brasileiro também[...] (E18, profissional de curso superior de saúde).*

Portanto, no processo de indução das respostas para a articulação entre os conteúdos percebemos que as palavras expressam a realidade difícil de trabalho na Unidade Básica de Saúde Estrela D'Alva. E que tais condições refletem as relações de agravos em saúde.

Ao assumir a perspectiva dos gestores, é evidenciado como um problema estrutural a falta de informação sobre a abrangência e organização dos serviços de saúde em relação à complexidade do sistema. Além disso, destaca-se a ausência de esclarecimento sobre o fluxo de atendimento na Rede de Atenção à Saúde. Por fim, é afirmado que não há uma adequada referência e contrarreferência nos serviços devido a questões relacionadas ao Sistema de Saúde e a fatores socioculturais.

Como parte da análise triangulada, serão apresentados os resultados das entrevistas realizadas com dois gestores. Esses dados contribuirão para uma compreensão mais abrangente da temática em questão.

Tabela 6 – Lista das dez palavras, que mais apareceram nos discursos da gestão da unidade de saúde, com a frequência relativa dos discursos

Palavras-chaves	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Saúde	39	4.15
Agente	38	4.05
Unidade	32	3.41
Crianças	32	3.41
Programa	30	3.19
Desenvolvimento	12	0.76
Fatores de risco	12	0.76
Domiciliares	12	0.76
Famílias	9	0.58

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A Unidade de Saúde Estrela D'Alva apresenta alta rotatividade de profissionais de saúde, com três gestores ocupando o cargo durante o período da pesquisa. Durante a coleta de dados, foram realizadas entrevistas com dois desses gestores. Ao analisar o discurso da gestão, observamos que a centralidade recai sobre a própria Unidade de Saúde e seu funcionamento. Independentemente da variação na frequência das palavras, elas refletem uma realidade de trabalho próxima. Isso indica que a principal preocupação do gestor está direcionada para a Unidade e para as dificuldades enfrentadas e a compreensão da realidade nesse contexto.

*[...]Eu faço **de tudo** aqui na **unidade de saúde** porque eu gosto. Eu faço encaminhamento, eu faço cartão do SUS, eu atendo pacientes lá na frente, eu faço o primeiro acolhimento, eu faço os meus serviços administrativos também [...]* (E19, gestão).

*[...] Nossa, muita. Veio a pandemia e depois os profissionais saíram da sua **unidade** para depois fazer um trabalho fora, a secretaria pede isso e aquilo e junta a falta de RH e acaba que sem querer sobrecarrega. É onde ficam cansados mentalmente[...]. Mas, não é o caso aqui. Eu, enquanto **gestora**, eu fiz o que eu pude fazer para ajudar. Mas, acaba que no fim não adianta, vem uma pessoa com COVID-19, igual uma ACS que perdeu o marido grávida. Ela está prestes a dar à luz e o marido veio a falecer. Imagina como que tá a cabeça dela? Ela está fazendo tratamento psicológico, mas assim, na pandemia aconteceu “n” coisas, que qualquer um fica abalado. Eu fiquei também [...]* (E19, gestão).

*[...]Acompanho a entrada e saída dos servidores. No geral, eu faço atendimentos de pacientes, alguma reclamação, alguma coisa que as meninas não conseguem fazer por causa da demanda. E há dias, em dia de terça e quinta a demanda é muita. Auxílio mais administrativamente. E também férias no geral, tudo eu lanço. Demandas **de outras unidades** também, porque às vezes a*

*unidade não está atendendo COVID-19, outra está, E eles mandam. A gente tem um grupo, igual hoje que não está fazendo, a gente pede para **outra unidade fazer**. Então, tem sempre esse apoio. É muito serviço mais interno mesmo, reuniões. Quando eu não estou aqui, eu estou em reunião[...]* (E20, gestão).

Portanto, é inferido que a gestão desempenha um papel abrangente em todas as atividades da Unidade de Saúde. Embora suas atribuições na Estratégia da Saúde da Família sejam específicas, divididas em administrativas e técnicas, os dois gestores mencionam que executam todas as tarefas relacionadas aos agentes comunitários de saúde e profissionais de ensino superior nos atendimentos dentro da unidade. No entanto, essa abordagem compromete a organização e o planejamento da Unidade de Saúde. Além disso, as atividades de articulação entre as gestões médias (distritos sanitários) e centrais (Núcleos, Superintendências e/ou Gerências), que deveriam ser parte do processo de trabalho, não são mencionadas como responsabilidades do gestor.

No contexto do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observa-se que um gestor de um equipamento de saúde não promove a referência e contra referência na rede. Em vez disso, eles solicitam que outra unidade se responsabilize por determinadas atividades. Isso desarticula a RAS e demonstra falta de coordenação entre a região, o distrito e o matriciamento. Além disso, ao atribuir funções a outras unidades e não promover indicadores de saúde adequados às condições de trabalho da região específica, a gestão não efetivamente atende às necessidades e realidades locais.

*[...] No discurso da gestão, as principais palavras relacionadas são sempre as crianças, que são a referência e foco de trabalho no processo de desenvolvimento infantil. [...] Vem assim na minha mente o crescimento e o **desenvolvimento**, que é algo muito importante nessa idade [...] eu acho de suma importância e infelizmente aqui não está tão atuante, mas, enquanto gestora, eu gostaria tanto que voltasse porque é tão importante para a **criança**, naquele primeiro **desenvolvimento** (E19, gestão).*

A maioria das atividades realizadas pelas agentes comunitárias de saúde abrange o desenvolvimento da primeira infância em todos os seus estágios, desde a gestação até a idade adulta.

*[...] E eu sempre falo para eles: - Gente! **criança** pequena, CD, diabéticos, hipertensos, tem que ter visita do agente de saúde. Para estar ali orientando, acompanhando. Tem que ter o acompanhamento, porque o ACS é aquele profissional que está ali na frente do paciente todo o dia. Ele é quem sabe tudo, o que acontece com o paciente, para ele depois transmitir tudo para o*

enfermeiro. Então, eu falo para eles: - Olha, aquele paciente lá é assim e assim, a gente tem que ter um olhar mais de perto para ele (E19, gestão).

Identifica que as agentes comunitárias de saúde são os que fazem a unidade funcionar, e sua importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na primeira infância.

*[...] Sim, é porque na visita, vai tanto enfermeiro quanto o **agente de saúde** junto. A visita domiciliar é feita principalmente com **agente de saúde**. Por que o paciente já conhece bem o **agente de saúde**. Então, quando o agente de saúde vai na visita domiciliar, o paciente já fica, assim, mais à vontade. (E19, gestão).*

5.3 Análise Temática do Discurso

5.3.1 A avaliação das condições de saúde local.

As agentes comunitárias de saúde discursam sobre as condições de saúde a partir de suas rotinas de trabalho. Podemos perceber em seus discursos que as competências específicas são realmente exercidas dentro da comunidade, e que existe uma proximidade com a unidade de saúde. Portanto, as agentes comunitárias de saúde trabalham para realizar o elo entre a unidade de saúde e a comunidade. Outro ponto relevante é o fato de que a pandemia da Covid-19 prejudicou os atendimentos, modificou o trabalho das agentes comunitárias de saúde, visto que elas não poderiam mais fazer o acompanhamento por meio das visitas domiciliares. O acesso das pessoas à unidade de saúde também se modificou, devido aos serviços e programas interrompidos, dado que as unidades funcionavam de acordo com a Rede de Atenção à Saúde, como unidades de referência e contrarreferência, encaminhando para os equipamentos de média e alta complexidade, assim como realizaram testagem e vacinação. Observam-se tais práticas nos excertos abaixo:

*[...] Minha rotina? É, nós ACS, assim, nosso trabalho é em campo. Então, **nós temos atividades aqui dentro**, mas a nossa atividade é mais focada nas visitas, no **acompanhamento** dos grupos de riscos, como os hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] **A gente entra numa rua e é aquela todinha**. Não é marcado, mas às vezes acontece de um paciente falar: – Estou lá em casa em tal horário (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] E normalmente essas regiões tem muita casa de aluguel, então, tem uma, uma **rotatividade muito grande, uma rotatividade populacional muito grande** (E2, agente comunitária de saúde).*

*[...] Mas, desde 2016 **estou dentro da unidade em readaptação de função**. E dentro de um programa de saúde, é minha rotina no caso, eu fico ajudando as meninas **na triagem**. Já lança tanto as vacinas para consultas e odontologia, quando tinha. [...] essa é a minha rotina. É **receber mais os pacientes por enquanto e auxiliar a gestora quando precisa** (E12, agente comunitária de saúde).*

Observa-se nas unidades contextuais citadas acima questões relacionadas ao acúmulo de serviço prestado na unidade básica de saúde, que podem ir desde os desvios de função e de serviço para o administrativo até a função de coleta de dados, em conjunto com os agentes de endemias.

Entre as atividades comuns e colaborativas citadas, observa-se dentro da rotina: triagem, as visitas domiciliares, o cadastro de índices de crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento dos cartões de vacina, a busca ativa por consultas, o agendamento de consultas na Atenção Primária, as orientações aos pais sobre as crianças e seus processos de desenvolvimento humano e escolar.

As mudanças ocorridas no território, referentes à rotatividade dos moradores, refletem os condicionantes sociais de falta de moradia e de condições socioeconômicas desfavoráveis. Tal fator pode dificultar o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde na busca ativa pelo usuário, por suas famílias e pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento esperados para a primeira infância.

As estratégias são citadas e executadas para a comunidade como parte dos condicionantes sociais de saúde, assim como as ações e programas, segundo as entrevistadas.

No outro polo da triangulação dos dados, os diferentes profissionais de saúde com ensino superior completo possuem vivências e experiências relacionadas ao seu trabalho na comunidade. No entanto, ao analisar suas narrativas, é possível observar que prevalecem os determinantes relacionados às condições de trabalho dentro das unidades de saúde. Esses profissionais também fazem uma avaliação das condições de trabalho, destacando a falta de recursos humanos, tanto antes quanto depois da pandemia da Covid-19.

Os discursos revelam que suas competências específicas são exercidas e determinadas dentro do contexto das unidades de saúde. Como resultado, os profissionais de nível superior identificam que os dados de avaliação do desenvolvimento e crescimento das crianças estão prejudicados, assim como os serviços, ações e programas que estão descontinuados. Essa

situação impede a geração dos indicadores de saúde necessários para a primeira infância, o que inviabiliza a avaliação das políticas públicas de saúde.

*[...] Não estou me sentindo sobrecarregado, mas é uma nova rotina, então até eu me adequar à ela demora um tempo. Então é assim, apesar que já **estou adaptado na unidade, mas não aos programas**. Então, eu creio que em um mês, a gente já consegue **dar uma normalizada**. Então, não estou sobrecarregado, **mas a falta de costume com os programas para fluir mesmo de verdade** (E15, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Bom, devido à pandemia o que nós estamos fazendo agora é **priorizando a parte da vacina e o atendimento da prevenção com relação ao câncer do útero e o pré-natal**. Os demais atendimentos foram suspensos por causa da nossa agenda. Reiniciamos agora o **PSE**, que começamos tem um mês (E15, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Quando eu tinha as três auxiliares ou duas auxiliares. Nós éramos três, tinha a **Auxiliar de Consultório Dentário** e ela pegava os pacientes e fazia toda a agenda, escovava os dentes. Tinha a **Técnico em Saúde Bucal** que eu ajudava nessa escovação, aí eu preparava os dentes para fazer as extrações primeiro e a minha **Técnico em Saúde Bucal** fazer as obturações, restaurações (E16, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Agora que a gente está conseguindo **organizar um pouco**. Marcando o dia para criança, essas coisas que geralmente são poucas unidades que têm **um dia certo**. Por exemplo, atender crianças, **CD**, e aquelas coisas certinhas. Mas, aí a **agenda varia** (E17, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Aqui é bem variável. A gente faz **basicamente tudo** que as unidades primárias precisam fazer. Durante a **pandemia** estava um pouco **mais restrito**, mas agora já retornou tudo. Basicamente a gente faz **atendimento agendado, demanda espontânea**, e aí a gente faz os **serviços que são preconizados pelo ministério da saúde: hiperdia, pré-natal, crescimento e desenvolvimento, programa saúde na escola** [...] A gente está retomando agora o serviço. O **PSE** acho que tem um mês que a gente voltou a fazer. E no geral **atendimento clínico ambulatorial**. Aqui a gente também **atende urgência e emergência**, mas são de **baixa complexidade** e é só o **primeiro atendimento**, só até o paciente ter e ficar **estabilizado** e poder ser **encaminhado** para uma unidade (E18, profissional de curso superior de saúde).*

A gestão no contexto dos serviços de saúde é estabelecida por meio de discursos relacionados ao atendimento prestado tanto na comunidade quanto dentro das unidades básicas de saúde. Nesse sentido, não apenas a rotina e as ações realizadas refletem o fluxo do serviço oferecido, mas também há uma certa confusão em relação ao papel da gestão, programas e políticas de saúde.

Em alguns momentos, a gestão é equiparada aos trabalhadores comunitários de saúde, que atuam diretamente no campo e mantêm contato próximo com a população. Existem, portanto, dificuldades de reflexão crítica sobre os macrossistemas, ou tão pouco sobre os exossistemas. Ou seja, as dificuldades enfrentadas pela gestão são associadas aos usuários, familiares, servidores de saúde. E a atribuição ou cobranças relativas às ações, programas e políticas exercidas nas gestões no nível central ou superior quase não ocorrem.

Outro aspecto relevante que merece atenção é a percepção dos profissionais em relação à necessidade de capacitação. Eles frequentemente se deparam com desafios, enfrentam dificuldades decorrentes da falta de suporte estrutural adequado e lidam diariamente com a complexidade das demandas de trabalho. Diante desse cenário, os profissionais demonstram confiar significativamente na capacitação, reconhecendo-a como um recurso capaz de auxiliar e aprimorar sua prática profissional.

*[...] Eu falo isso muito. Eu **faço de tudo** aqui na unidade porque eu gosto. Eu **faço encaminhamento**, eu **faço cartão do SUS**, eu **atendo pacientes lá na frente**, eu **faço o primeiro acolhimento**, eu **faço os meus serviços administrativos** também (E19, gestão).*

*[...] Porque **aqui sou eu sozinha**, eu **não tenho administrativo**. Então, eu gosto de fazer, eu gosto de lidar, e fazer o que eu faço. Às vezes eu chego a casa cansada: - Eu quero sair. Mas não, eu gosto de ajudar as pessoas, gosto de estar ali com aquele contato com as pessoas, eu gosto de poder ajudar as pessoas. Então, a rotina diária minha, é isso. Fico lá, e ao mesmo tempo em que eu estou na minha salinha, eu estou na **recepção**. E já ajudo aqui, e já ajudo ali. Eu tento resolver, e facilitar a vida do paciente (E19, gestão).*

*[...] E ao mesmo tempo, eu **posso estar no Distrito**, mas a maior parte do tempo eu passo aqui. A minha família é isso aqui (E19, gestão).*

*[...] Hoje mesmo ligou uma mãe desesperada... com 4 anos o filho, estava com febre, tinha ligado no CAIS de Campinas, e lá não tinha médico e ela não sabia o que fazer. Eu falei: - Vem para cá, eu não sei se a gente vai... se o médico vai **conseguir resolver** a febre, se for outra coisa além da febre, mas **o primeiro atendimento a gente vai te dar** (E19, gestão).*

*[...] Precisa, mais na parte técnica. Porque na maioria das unidades maiores tem o gestor técnico, ou administrativo. **Eu me encaixaria no administrativo**. E aqui você tem que ser os dois, entendeu? Então, administrativamente eu sei. Agora tecnicamente, eu sei basicamente o que eu aprendi ouvindo no dia a dia (E20 gestão).*

*[...] Mas **precisa de uma capacitação sim**. Eu não sou formado na área da saúde, eu sou formado como agente de saúde (E20 gestão).*

Portanto, as condições locais de saúde como primeiro eixo temático da matriz de conceitos analítica promovem o entendimento das principais dificuldades encontradas por todos os profissionais de saúde no campo de trabalho. E elas são reflexo do desmonte do Sistema Único de Saúde - SUS. Tal processo ocorre atrelado à falta de Educação Permanente em Saúde (capacitações), de Educação Interprofissional de práticas colaborativas (cada papel na triangulação deveria refletir as funções dos ACS, profissionais de ensino superior e gestores), à alta rotatividade de cargos, funções e de postos de trabalho. E ainda, à alta demanda populacional por saúde, com negligência no cuidado e nas visitas técnicas. Por fim, à falta de estrutura física para que as rotinas de acolhimento, cuidado, promoção e prevenção em saúde efetivamente ocorram, como no caso de viaturas para as visitas domiciliares, previstas para o acompanhamento da população em risco ou agravo à saúde.

As dificuldades previstas nas falas dos gestores e dos trabalhadores da saúde na Atenção Básica reverberam, para além do olhar sobre as determinações sociais de saúde e das condições de avaliação de saúde local, o aprofundamento da crise com a Pandemia da Covid-19.

5.3.2 Pandemia da Covid-19.

Verificamos nos nossos resultados e na análise contextual que os profissionais destacaram a carga de trabalho intensa durante esse período, bem como as dificuldades enfrentadas na prática profissional pela interrupção de programas e ações voltados para a comunidade. Exemplo disso é o programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD).

*[...]Eu consegui pegar esse período, aí depois com a **pandemia**, deu uma **paradinha** nos **programas**. É, aí ficou meio assim, agora que **a gente está retornando**, inclusive agora a gente veio do **PSE da escola**[...] (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...]Está voltando **agora, ficou parado, depois da pandemia, e durante a pandemia**. E quer dizer, agora está volta. O **CD** está voltando de novo, só que o **CD** aqui na nossa unidade é de zero até dois anos. Aí quando a partir dos dois anos, aí já são atendidos como consulta normal [...] (E2, agente comunitária de saúde).*

*[...]Agora a **hiperdia está voltando também**. E o CD permanece suspenso[...] (E3, agente comunitária de saúde).*

*[...]Assim, a gente tinha algumas capacitações. Mas, devido à **pandemia**, tinha sido **tudo paralisado**. Vamos ver agora que já tão liberando algumas coisas, vamos ver como vai ser daqui para frente [...]* (E4, agente comunitária de saúde).

*[...]Bom, agora está sendo a **pandemia**. E aí, eu acho que **os profissionais** ficaram meio assim **desanimados**, não está mais conseguindo encaixar na agenda, achar porque está muito **sobrecarregado** por questão de **Covid**. Ai, eu acho que, eu não sei, **se eles vão conseguir, por agora**. Mas, eu acho que **é a pandemia**, só. Mas, eu acho que, se estivesse, se dessem um jeitinho, porque a nossa enfermeira, já tentou. Porque, **tinha um dia específico**. Mas, parece que agora, a gente não está conseguindo mais, porque antigamente tinha um dia específico **do hipertenso**, tinha um dia específico **da criança**, tudo, na agenda direitinho. Mas, **a gente não está mais conseguindo encaixar na agenda**, porque ficou assim, tão lotado. Aí, não está mais conseguindo achar um dia para isso[...]* (E10, agente comunitária de saúde).

Nos relatos das unidades contextuais, observa-se que as agentes comunitárias de saúde identificam a paralisação do serviço ligado aos acontecimentos da pandemia do Covid-19. E ainda, que as os principais programas (Saúde na escola, Crescimento e Desenvolvimento, e Hipertensão) referidos na unidade Estrela D'Alva foram interrompidos. Os motivos são diversos, desde a dificuldade de mobilização dos trabalhadores até a formulação da gestão para a agenda protegida e assistida à população e suas famílias, como forma de continuidade de atendimento ou assistência na Estratégia da Saúde da Família.

*[...] Uai, agora que **voltamos aos programas**? **Antes era só voltado ao Covid**, e a gente foi contratado exatamente, por conta da **pandemia**. Então, assim, antes da **vacina, covid, ou teste de covid**. Hoje não, hoje mesmo a gente **já iniciou o Programa Saúde na Escola** e está voltando a **prevenção** do colo de útero e a mamografia, já tem dois meses que voltou a fazer. E é basicamente isso, atendendo os programas mesmo da **Atenção Básica**, que voltou ao normal, a gente fez uma **nova rotina e covid** que agora deu uma diminuída[...]* (E13, profissional de curso superior de saúde).

*[...]Bom devido à **pandemia**, o que nós estamos fazendo agora é **priorizando a parte da vacina** e o atendimento da **prevenção** com relação ao câncer do útero e o **pré natal**. Os demais atendimentos foram **suspensos**, por causa da nossa **agenda**. Reiniciamos agora, o **PSE** que começamos há um mês. Este PSE que começou a gente está desenvolvendo também nas unidades, nas escolas, e creches. Mas agora, na nossa **agenda**, a **prioridade está sendo as vacinas**. Então a gente fica **a maior parte do tempo na sala de vacina**[...]* (E15, profissional de curso superior de saúde).

*[...]Então, depende de cada equipe, cada equipe tem uma unidade em que presta serviço. Mas, por enquanto, realmente está mais focado em atendimento. Essas **promoções de saúde**, assim como **palestras e tudo mais**, ainda não estão acontecendo, porque infelizmente a gente **não pode, entre aspas, aglomerar as***

peessoas. Tem que ser o mínimo possível[...] (E18, profissional de curso superior de saúde).

Os profissionais de ensino superior verificam o quanto a Pandemia da Covi-19 mudou a realidade da unidade de saúde. A unidade não estava executando as atividades previstas para a Atenção Básica em saúde. E outras demandas, como vacinação e teste de Covid-19, tornaram-se prioridade no atendimento após o momento de crise. Então, em função do estabelecimento da “nova realidade”, as ações de promoção e prevenção estão com certas barreiras para serem realizadas.

*[...]A gente já tá **voltando aos poucos**. Hoje mesmo o enfermeiro atendeu as crianças... estamos voltando aos poucos. Inclusive a Doutora fazia um trabalho muito importante aqui. A doutora, a dentista. Ela fazia palestras ali com as mãezinhas de crianças pequenas, de até dois anos. Que ela ensinava escovação, ensinava a mãe como cuidar da boquinha da criança. Ela fazia um trabalho excepcional... muito importante com as mães. Parece que há cada 15 dias tinha uma palestra, fazia ali mesmo na cozinha porque não tem espaço. E as mãezinhas gostavam tanto, tanto, nossa[...] (E19, gestão).*

*[...]Os **trabalhadores precisam mais**. Em época de pandemia muita coisa. A **sobrecarga de trabalho, os profissionais todos, todos mesmos, assim esgotados mesmo**. E aí essa palestra com a psicóloga foi muito boa. E aí eu quis mais que fosse voltada para os próprios servidores. Então a gente tem uma relação boa com o CRAS [...] (E19, gestão).*

*[...]Mas acaba que no fim não adianta, vem uma pessoa com covid, igual uma ACS que perdeu o marido grávida... Ela prestes a dar a luz e o marido veio a falecer. Imagina como que tá a cabeça dela? Ela está fazendo **tratamento psicológico**, mas assim, na pandemia aconteceu “N” coisas, que **qualquer um fica abalado**. Eu fiquei [...] (E19, gestão).*

*[...]A gente vai vendo a demanda, se for menor, a gente diminui e vai fazendo os encaixes. Porque igual nos atendimentos de gestantes, a gente tenta atender só gestantes pela manhã, **para não ficar misturando porque vai vir pessoas com covid**, e agora tá cheio de gestante aqui, e aqui não tem estrutura. Eu não posso... Igual quando eu cheguei, era separado aqui, entrava por trás e atendia a covid só aqui. Mas aí então um dia atendia cinco, nos outros três, e assim o cronograma não o permite eu deixar assim exclusivo para isso, infelizmente. **Aí hoje virou rotina misturar**, mas eu tento separar as gestantes, e alguns casos, porque a gente não tem estrutura [...] (E20, gestão).*

Além disso, a pandemia teve um impacto negativo significativo na saúde mental, particularmente dos profissionais de saúde, sendo resultado do estresse contínuo, da exposição

frequente ao sofrimento e à morte, da falta de apoio emocional adequado e das preocupações com a própria saúde e a de seus familiares.

A avaliação das condições locais de saúde, embora embasada na literatura, descreve a realidade do território. Não visto de outra forma, ao analisarmos os resultados dos excertos acima, encontramos a estrutura física e de pessoal deficitária, fruto do desmonte dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família, da Estratégia da Saúde da Família e do não investimento em Saúde Pública e Coletiva, alterada e agravada por meio das condições específicas vividas durante a Pandemia do Covid-19. E por fim, a falta de recursos humanos, agravadas por não aplicação das Políticas de Educação Permanente em Saúde, ou seja, a falta de capacitações.

A avaliação da condição de saúde local é consequência das percepções dos trabalhadores e gestores sobre o microssistema, o que converge para apontarem problemas comuns a prática de todos: a exploração das condições de trabalho, falta de recursos humanos, e dos determinantes sociais de saúde. E que, embora realizem ações e programas, não reconhecem tal prática como indutora de transformação nas perspectivas das condições de saúde, ou tampouco na reflexão sobre os papéis que cada um exerce na Unidade Básica de Saúde. Ou mesmo, em que tais rotinas podem provocar mudanças permanentes no território e no trato com o controle social.

5.3.3 Competências e as práticas comuns no atendimento à população.

Um dos objetivos centrais do programa Estratégia da Saúde da Família é o aprimoramento da qualidade de vida e saúde dos usuários, priorizando ações abrangentes e contínuas de prevenção e promoção da saúde. Para alcançar esse objetivo, os agentes comunitários de saúde desempenham diversas práticas, tais como o cadastramento de usuários, a elaboração de mapeamentos territoriais e a identificação de áreas de risco em pequena escala, além de realizar visitas domiciliares. Tais práticas subsidiam, ou deveriam proporcionar, uma leitura mais proximal da realidade local e de trabalho com os usuários e familiares.

Observa-se que as trabalhadoras, de acordo com as declarações abaixo, acabam executando funções que extrapolam suas atribuições, realizando escalas extras além das estabelecidas.

[...]Bate ponto [...] (E1, agente comunitária de saúde).

[...]Resolver alguma coisa de paciente [...] (E1, agente comunitária de saúde).

[...] Fazer ligações (E1, agente comunitária de saúde).

*[...]Olha, ACS não tem segredo. A ACS faz **visitas e cobre alguns buracos** da unidade, como a **recepção**, o **acolhimento**, o **administrativo**, mas é basicamente **levantamento de dados da área**. Hipertensos, diabéticos, acamados, crianças, aí tem as faixas etárias, que são as gestantes, puérperas, idosos. O papel do Acs é fazer o **levantamento populacional**” (E3, agente comunitária de saúde).*

*[...]Eu oriento as mães, quando a criança está com o cartão atrasado, e faço **orientações gerais** (E4, agente comunitária de saúde).*

[...] Acompanhamento dos grupos de riscos (E5, agente comunitária de saúde).

*[...] Faço **acolhimento dos pacientes** (E8, agente comunitária de saúde).*

*[...]Nas **visitas** eu faço o **cadastro** de novo morador. Quando é novo, o cadastro é numa **ficha individual**, e nessa ficha a gente coloca todos os dados pessoais, o **cartão do SUS** e também os dados de saúde. A gente vai perguntar se a pessoa tem alguma comorbidade se tem diabetes, pressão alta, se faz **tratamento** de câncer, se já fez alguma vez. E qual o **medicamento que toma**, se faz **tratamento psiquiátrico** ou já fez, então é tudo. Toda essa questão de saúde a gente pergunta e marca na ficha (E10, agente comunitária de saúde).*

Ao categorizar e sintetizar as práticas comuns entre os interlocutores em seu contexto de atuação, pressupõe que haja convivência e intercâmbio de experiências captadas pelo olhar, falar, sentir, vivenciar e experimentar. O cuidado em saúde foi o tema mais abordado de maneira geral, e embora os trabalhadores de ensino superior afirmassem conhecer as políticas de saúde, de educação interprofissional e práticas colaborativas, eles frequentemente mencionavam somente as práticas específicas de suas profissões.

No âmbito do cuidado em saúde, na equipe da Estratégia de Saúde da Família, a lógica de trabalho se manifesta nas reuniões em equipe, com destaque para a participação das agentes comunitárias de saúde. A agenda semanal de trabalho dos profissionais envolvidos neste estudo incluía encontros e reuniões sistemáticas e regulares, nos quais toda a equipe estava presente. Esses encontros tinham como objetivos estabelecer acordos ou encaminhamentos e compartilhar os casos atendidos pelos profissionais durante o acolhimento diário e nas visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde.

As divergências na abordagem e acompanhamento dos casos não são tão evidentes nas falas das agentes comunitárias de saúde, mas são mencionadas pelos diversos profissionais de saúde, incluindo a gestão. Os enfermeiros e médicos são frequentemente citados como

principais informantes, e essas questões também são discutidas nesse espaço, podendo ser encaminhadas para outra instância de decisão, como a reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), dependendo da complexidade dos problemas.

Devido à pandemia da Covid-19, o foco comum de atuação não é tão destacado nas falas. Acredita-se que as agentes comunitárias de saúde possuam um bom conhecimento dos problemas de saúde da população atendida, com ênfase na complexidade da realidade social, conforme evidenciado nos excertos acima.

*[...]As ações assim, a gente procura **orientá-los em relação ao autocuidado**, em relação às questões de saúde mesmo, **saúde individual e coletiva**. Tanto intrafamiliar quanto na comunidade porque eles também estão fazendo no seu **meio de convívio**. A gente sempre orienta em relação a isso, é, em relação a buscar sempre informações, sobre tudo que eles têm **interesse em relação à saúde** e outras informações também que podem ser relevantes para o dia a dia deles (E14, profissional de curso superior de saúde).*

*[...]Bom, devido à pandemia, o que nós estamos fazendo agora é **priorizando a parte da vacina e o atendimento da prevenção** com relação ao câncer do útero e o pré-natal, os demais atendimentos foram suspensos por causa da nossa agenda (E15, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Também agora ainda tem os atendimentos de covid, que **cada médico tem um horário** que ele fica responsável por fazer os atendimentos de covid. Mas, atualmente a demanda está bastante pequena nesse sentido” (E18, profissional de curso superior de saúde).*

O discurso da gestão, por sua vez, aborda suas atividades desempenhadas. No entanto, como mencionado anteriormente, ocorrem desvios de funções, uma vez que as atribuições da gestão estão relacionadas ao planejamento em saúde, à organização do processo de trabalho, à coordenação das ações no território e à integração da Unidade de Básica de Saúde com outros serviços. Observa-se também uma falta de confiança na orientação fornecida pelas agentes comunitárias de saúde, sendo que os profissionais tendem a confiar mais nas orientações dos enfermeiros, mesmo quando as agentes comunitárias de saúde possuem atribuições e competências para desempenhar tal função.

É evidente que há uma ocorrência de desvio de funções, onde profissionais de enfermagem assumem responsabilidades que deveriam ser atribuídas aos profissionais de Psicologia. Esse desvio resulta em uma interpretação equivocada das práticas de cuidado que são específicas e comuns a diversos profissionais de saúde. É importante destacar que todas as doenças possuem um componente de sofrimento subjetivo e esse sofrimento também está presente em situações frequentemente atendidas na Atenção Básica, como casos de violência

e abuso. Portanto, o cuidado em Saúde Mental desempenha um papel fundamental nesse contexto.

Nesse sentido, Polejack et al. (2015) enfatizam a importância do papel do psicólogo nesse espaço, que inclui o acolhimento, a escuta atenta e a criação de diálogos entre membros da equipe, do serviço e da comunidade, além do fortalecimento de redes de autocuidado nos territórios. Consequentemente, é essencial que o modelo de ação adotado contemple não apenas o tratamento das doenças, mas também o processo social de produção de saúde. Isso implica em considerar a multifatorialidade do conceito de saúde e construir, em equipe, possibilidades de atuação integral.

É fundamental ressaltar que o papel do psicólogo na Atenção Básica vai além da prevenção de doenças e da redução de problemas psicológicos e físicos nos usuários. O profissional de psicologia também atua como mediador e catalisador dos conflitos internos da equipe. Sua presença nesse nível de atenção é crucial para a realização do cuidado integral em saúde, reconhecendo a indissociabilidade entre os problemas físicos e de saúde mental, conforme mencionado por Alvarez, Vieira e Almeida (2019).

No entanto, ainda há dificuldades na implementação de abordagens interdisciplinares e na valorização dos aspectos biopsicossociais de cada indivíduo por parte dos psicólogos, como apontado por Cela e Oliveira (2019) e Furtado e Carvalho (2015).

*[...] Uai, se fosse assim... Eu como a paciente ou a mãe ali... Ah, não sei te dizer... Não sei, eu acho que não. Acho que eu **preferiria o enfermeiro** para me passar, como mãe (E19, gestão).*

*[...] Desde quando eu entrei aqui **é a mesma equipe**, tirando agora com a saída das meninas [enfermeiras], que saíram há dois dias, **é a mesma desde o dia que eu entrei**. Eu acho esse entrosamento deles, a equipe muito boa, já sabe o jeito que é, o jeito de um, o jeito do outro. É um atendimento, que no geral, é muito elogiado. **Pela unidade, pela estrutura, nós ficamos em terceiro lugar no maior atendimento na região Noroeste, assim que eu entrei, em três meses. Eu creio que já era assim, o atendimento era bom, só porque no sistema não tinha nada. Ai, quando, eu lancei as coisas no sistema, eles viram lá. E assim as outras unidades, muitas são marcadas consultas no papel e isso já é atrasado já. Acho que quando desenvolver isso vai mostrar melhor a realidade. Você pode puxar, agora aqui um número, por exemplo, quando a pesquisadora da UFG me pediu o número de gestantes, eu puxo ali o número de gestantes cadastradas e mando pra ela. Ai mostra o peso, mostra vários detalhes, se ela quiser. Então, o sistema hoje é muito importante pra isso [...]** (E20, gestão).*

Como competência estabelecida no excerto de fala do gestores, encontramos a capacidade de trabalho da equipe como ponto forte na Unidade de Saúde Estrela D'Alva.

Contudo, quando evidencia algumas contradições, afirma que a unidade tem uma boa infraestrutura e que tem um ótimo atendimento. E por fim, avalia que o atendimento à população é excelente por quantidade de serviço prestado (vacinação), e enfatiza a importância de gerar indicadores de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde. Todavia, na unidade há poucos computadores funcionando, além de não ter formações permanentes em saúde, referente tanto aos indicadores como à construção do sistema.

Assim, é necessário enfatizar que o trabalho de transcrição e cadastro, que deveria ser realizado pelos funcionários administrativos, está sendo realizado pelos gestores. Além disso, o relatório não menciona as habilidades e atitudes que esse aprimoramento deveria desenvolver na equipe, como um reconhecimento do trabalho dos funcionários.

5.3.4 As condições adversas na infância e os fatores de risco para o desenvolvimento saudável.

A partir dos textos sobre experiências adversas na infância e de suas exemplificações encontramos as seguintes categorias em que as diferenciamos por meio ou condições de *stress* que acontecem de forma pontual e específica. E os fatores de risco estariam ligados mais intrinsecamente aos fatores mais gerais do desenvolvimento infantil (Brasil, 2019).

Seriam experiências adversas na infância as perdas interpessoais que a crianças sofrem e que são categorizadas na literatura por morte ou divórcio dos pais. E a seguir, fatores sociofamiliares (pais com problemas de saúde mental, ou uso e abuso de substâncias químicas, criminalidade ou que são geradores de violências); e sobre maus tratos, consideramos os fatores de riscos ligados às violências, abusos e negligências. No âmbito de doenças, categorizamos saúde e saúde mental. E sobre as dificuldades econômicas, identificamos os relatos de moradia precária e de insegurança alimentar. Por fim, a literatura apreende como experiências adversas na infância as violências entre os pares de crianças, ou as comunitárias e coletivas, a exemplos, os conflitos e as guerras.

Na triangulação, identificamos nas unidades contextuais da análise de conteúdo os seguintes eixos temáticos citados na literatura e exemplificados na Tabela 3. O processo de desenvolvimento saudável ao se adotar a teoria Bioecológica se justifica não apenas por um projeto de crescimento e desenvolvimento, como no programa e nas descrições que aparecem nas unidades contextuais, mas também nos eixos das determinações e condições de saúde presentes na análise.

5.3.5 Abuso, violência e negligência.

Esta temática mostra as perspectivas das agentes comunitárias de saúde a respeito dos abusos, violências e negligências que crianças sofrem. Julgamos que as agentes são as profissionais que melhor conseguem identificar violências, visto que elas entram nas casas dos usuários, dialogam mais com a comunidade, e têm maior proximidade com os atendidos. Nos relatos, as entrevistadas descrevem sobre casos de violência física, violência sexual, abusos, vulnerabilidades que crianças são vítimas.

Observamos nas entrevistas que algumas agentes comunitárias de saúde demonstram o cuidado em relatar algumas situações, dado que são moradoras do bairro em que atuam. Portanto, as agentes comunitárias de saúde têm atribuições para além das prescritas, a elas competem também monitorar, identificar e notificar situações reais ou suspeitas de violências, e assim, contribuir para a prevenção da violência infantil.

*[...] A gente corre atrás, assim algo muito pessoal meu. Eu sou muito, muito briguenta, então eu corro atrás, eu faço o que tiver, o que tiver que fazer, por mais que possa me prejudicar, aqui na unidade, que as pessoas possam me julgar de maneira diferente, porque pode prejudicar a unidade ou o gestor. Enfim, mas eu faço pelo paciente, eu não me preocupo com a unidade, me preocupo com o paciente, por que meu papel é com o paciente. A minha **responsabilidade** é com a população, não é com a unidade, não é com a prefeitura. A prefeitura que tem responsabilidade sobre o paciente, eu lido dessa forma, eu entrei pra trabalhar como agente de saúde pra ajudar a população (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] Às vezes a gente tem aquela coisa de **não passar para frente**. Mas, a gente tenta de alguma forma passar para o enfermeiro: – Olha, tá assim, assim. Não falando, expondo a família, mas a gente tenta sim, com um cuidado (E3, agente comunitária de saúde).*

*[...] **Baixo peso, obesidade, agressão**. E é o **abuso**. E qualquer tipo de **vulnerabilidade** da criança a gente consegue **identificar** (E3, agente comunitária de saúde).*

*[...] Porque, é tipo assim, o marido dela não era pai da menina dela. Aí, ele trouxe um irmão dele, para morar com eles, até arrumar um serviço, ou alguma coisa e ela trabalhava. E a menina, se não me engano tinha 13 anos, ela já era mocinha. Aí, ele começou a **mexer** com ela. Aí assim, quando a gente ia lá, e eu percebi, assim que ela não saía do quarto ficava trancada, aquela coisa, você vê que é diferente (E9, agente comunitária da saúde).*

Sobre os profissionais de curso superior, e na formação temática das experiências adversas na infância, identificamos, ao analisar e organizar os códigos para a categorização,

que o eixo violência não se divide apenas nas formas de identificação dos tipos de violências. Por isso, aglomeramos com abusos e negligências. Mas como mostram os excertos abaixo, a negligência não foi apenas no cuidar ou na parentalidade, ocorria também como formas de violência cotidiana e que constituem o desenvolvimento das características psicológicas abordadas durante a dissertação.

Verificamos ainda a dificuldade dos profissionais de saúde com ensino superior em identificar e notificar todas as formas de violência. Pois consideram que não vivenciaram abusos se não houver marcas físicas. No entanto, a descrição é tão rica e nos permite inferir que existe tanto a violência física e a psicológica. E se o receio de fazer e acompanhar as notificações de violência existem, a dificuldade também se apresenta quando se trata de abuso sexual, como descrito abaixo:

*[...]Uai, ele é de suma importância, e que a gente descobre? Toda uma formação, ou atendimento a crianças, se tem o desenvolvimento mental, físico, e se a criança está sofrendo alguma **violência** dentro de casa. Então, esse, eu acho que esse é o principal motivo do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. É exatamente para isso, a gente saber se está tudo ok. Ou, se está acontecendo algo de errado, desde **físico até o psicológico**[...] (E13, profissional de ensino superior).*

*[...]Aqui em nosso bairro, que não é tão pobre, tem que trabalhar no lugar pior, mas tem uns que são bem assim tem desnutridos, tem baixo peso, tem **violência, violência sexual e psicológica**[...] (E16, profissional de ensino superior).*

*[...]E o ambiente familiar, que possa ser degradante para aquela criança. A gente tem **muita família desestruturada**, no sentido de a criança **presenciar situações de violência cotidiana**. Uma família desarmônica, com muita briga, aquela criança acaba naturalizando **atos de violência psicológica ou física**. Então, são coisas que acontecem com muita frequência [...] (E18, profissional de ensino superior).*

*[...], Mas, a gente já identificou **questões de violência psicológica** mesmo. Crianças que realmente estão submetidas a lares em que elas **naturalizam muitas formas de violência como se fossem um comportamento normal**. Porque presenciam pai e mãe brigando o tempo todo, lidando um com o outro com palavras de baixo escalão, às vezes **com atos de violência física** mesmo, que naturalizam educação como se fosse **uma forma de violência**. A criança faz alguma coisa, e ela é prontamente repreendida de alguma forma com **violência física**. São coisas que a gente vai identificando, mas eu nunca tive **uma situação de violência sexual ou de violência física** que a criança tivesse marcas ou coisa do tipo não[...] (E18, profissional de ensino superior).*

Já no discurso da gestão, é levantada a preocupação com a recorrência da violência psicológica na unidade de saúde. Embora nem todas as entrevistas tenham abordado explicitamente esse tipo de violência, autores como Garbarino e Eckenrode (1999) ressaltam que a violência psicológica é frequentemente subestimada e considerada uma forma de agressão sutil. Essa subestimação ocorre devido à associação predominante da violência apenas às agressões físicas, enquanto as agressões psicológicas ainda não são completamente compreendidas como formas de violência. Ao contrário da violência física, a violência psicológica se manifesta de maneira silenciosa, especialmente quando ocorre em ambientes privados, nos quais apenas o agressor e a criança estão presentes. Nesse contexto de tratamento depreciativo, esses indivíduos tendem a se retrair, evitando interações com seus pares e desenvolvendo uma imagem negativa de si mesmos.

*[...]Não, **não são frequentes**. Mas, assim, a gente vê muito quando começa o PSE. Na escola. Aí, você vê mais. [...] Onde o enfermeiro visualiza **queimada de cigarro, mordida, criança que passa fome em casa, que os pais deixam as crianças sozinhas em casa**. Essas coisas. Na época de PSE, a gente **recebe muito esse tipo de denúncia** [...]* (E19, gestão).

*[...]Nesse acompanhamento você vê muita **criança desnutrida e violência**. Temos notificações... **Várias**. Não são várias aqui, mas na região são **várias notificações de violência** e esse acompanhamento de CD, crescimento, desenvolvimento eu acho muito importante[...]* (E20, gestão).

5.3.6 Situações de risco.

Segundo Brasil (2011), as atribuições comuns dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família incluem a identificação de situações de risco e vulnerabilidade, a realização de busca ativa e a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória. Dado que esse espaço representa um espaço privilegiado para o reconhecimento de casos de violência, com o potencial de intervenção, destaca-se a importância da identificação precoce, da notificação dos casos e do acompanhamento efetivo das vítimas e seus familiares.

As falas dos profissionais, por sua vez, refletem uma maior atenção às situações de risco envolvendo crianças, com uma escuta atenta e sensível, pois reconhecem a importância desse tema. Eles também ressaltam que conseguem identificar situações de risco, e relatam o impacto significativo enfrentado ao lidar com casos de violência contra crianças na sua realidade de trabalho.

*[...] Isso é um sintoma e vê que pode ser um **alerta de risco** para alguma coisa. E às vezes com a mãe só tal, às vezes por falta de conhecimento mesmo ou por outro ou por achar que é tudo normal. Às vezes deixa, acaba passando batido e acaba descobrindo principalmente quando é na área psicológica descobrindo muito tarde, as questões psicológicas ou neurológicas[...]* (E6, agente comunitária de saúde).

*[...] E para poder levar a criança, ou **fazer eles de aviãozinho**, para entregar para tal. Isso é um **risco muito grande aqui**, na região. Então, é por isso, que as mães prenderam mais os filhos, dentro de casa, porque tem medo do envolvimento com essas coisas erradas, sabe, porque tem muito[...]* (E8, agente comunitária de saúde).

*[...] Aqui no setor, tem o fator familiar, mas que pouco influencia no atraso do desenvolvimento. **O fator socioeconômico é o risco que prevalece[...]*** (E14, profissional de curso superior de saúde).

*[...] Eu vi, e na hora eu fui, chamei o médico. Esse médico que tá ali agorinha, eu falei: "Doutor, orienta aqui, porque para mim, eu enquanto mãe, isso aqui não passa de um abuso." **Eu conseguiria sim identificar**, porque nesse programa de saúde da escola o que a gente mais vê é isso. Crianças... Violência [...]* (E19, gestão).

*[...] A gente trabalha nessa área, **a gente não tem um treinamento psicológico** pra isso, mas quando chega, é por isso que fica **aquele baque**. Ainda mais quando confirma, mas a gente tenta levar porque infelizmente acontece. A gente tenta ajudar essa mãe, porque às vezes ela tá com medo do cara vir atrás, o cara sumiu, mas ninguém sabe. Hoje em dia, infelizmente, **essas medidas protetivas ninguém confia**. Porque acontece no cara vir. Infelizmente, assim, a gente vai lidar com essa situação, mas não é uma experiência legal não. Parece que **a gente nunca esquece[...]*** (E20, gestão).

Dessa forma, foi possível perceber algumas confusões na fala dos entrevistados no que se refere a sua conduta em relação à notificação em casos de suspeita e/ou constatação de violência, sobre a falta de treinamento. Portanto, o modo como os profissionais lidam com casos de violência se torna um desafio, pois é imprescindível que reconheçam o papel a ser empenhado e que possam ser capazes de propor estratégias de intervenção, a fim de prevenir a violência infantil.

5.3.7 Fatores sociofamiliares.

A família não é compreendida como um grupo com identidade única, pois existem várias representações de famílias. No entanto, sua dinâmica e estrutura podem desempenhar um papel de risco ou proteção para o desenvolvimento infantil. As entrevistadas

compartilharam várias situações que exemplificam tais circunstâncias, como o distanciamento entre pais e filhos, o envolvimento de pais ou familiares com álcool ou drogas, e possíveis casos de depressão materna. Todas essas experiências adversas podem ter um impacto significativo no desenvolvimento das crianças. O distanciamento dos pais em relação aos filhos pode gerar insegurança, problemas de autoestima, sensação de exclusão, dificuldades nas interações sociais, entre outros desafios. Essas questões são detalhadas a seguir, por meio dos relatos apresentados.

*[...] Às vezes não tem uma **ligação** com filho (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] Tem, tem demais. **Pais alcoólatras** têm bastante. Pelo que vejo. Eu não sei, assim se eles bebem, só socialmente. Mas os que bebem, bebem bastante, mas eles **nunca assumem que são alcoólatras**, e só: – Eu bebo só quando eu quero, se eu quiser parar eu paro. Tem muito alcoolismo aqui (E10, agente comunitária de saúde).*

*[...] as dificuldades fazem a **mãe deprimida**. **Tristeza**, e aqui as mães quase todas são empregadas domésticas, não tanto com o emprego, deprimida porque não pode ajudar o filho. São tristes assim, na família tem **bebida alcoólica, droga**, isso tem muito aqui na região noroeste”. (E11, agente comunitária de saúde).*

*[...] A mãe está em Londres e ela fica com os quatro netos, são duas meninas e dois meninos. **A mãe era usuária** (E12, agente comunitária de saúde).*

*[...] É onde o programa de saúde na escola... é onde tem as crianças, que ali **os pais vão assinar um termo** para que os alunos possam passar por consultas médicas, de enfermagem, odontológica. É ali é onde as crianças vão passar por consultas, é onde o médico visualiza muita coisa. (E19, gestão).*

Para Bronfenbrenner (2002), as vivências individuais acontecem em ambientes interconectados. O autor salienta que “os elementos do ambiente que têm maior relevância para o desenvolvimento psicológico são, em grande medida, aqueles que possuem significado para o indivíduo em uma situação específica” (Bronfenbrenner, 2002, p.9). Portanto, é possível compreender que diversos contextos, como a família, a instituição e a escola, podem exercer diferentes influências no desenvolvimento da criança, especialmente durante a primeira infância. O modelo proposto por Bronfenbrenner também enfatiza a importância do ambiente, mas reconhece que o desenvolvimento humano deve ser investigado por meio da interação entre quatro elementos inter-relacionados: o processo (que abrange as interações sociais e as influências do ambiente imediato), a pessoa em desenvolvimento, os fatores de tempo e a própria pessoa em desenvolvimento. Essa abordagem possibilita uma compreensão

mais abrangente das complexas interações entre os diversos aspectos que influenciam o desenvolvimento humano. Já no discurso do profissional de curso superior de saúde, reconhece-se a importância da orientação direcionada aos pais e do seu impacto benéfico para o desenvolvimento e bem-estar das crianças, assim como a compreensão de que a ausência dessa orientação pode acarretar prejuízos significativos. É ressaltado que existem famílias que carecem de preparação adequada para lidar com os desafios e demandas relacionados à criação e educação dos seus filhos.

*[...] E, que a gente lida muito **com pais despreparados para lidar com filho**. Então, a gente tem que fazer esse serviço também de **orientação**. Mãe muito jovem, que não sabe lidar com aquilo, **famílias desestruturadas**. Então, são coisas que a gente prioriza. Basicamente, no nosso âmbito, é isso aí [...] (E18, profissional de curso superior de saúde).*

No âmbito da gestão, é destacada também a importância das orientações direcionadas aos pais, sendo enfatizada especialmente para as famílias mais vulneráveis. Além disso, há um reconhecimento por parte da gestão do papel fundamental desempenhado pelas agentes comunitárias de saúde, que possuem um conhecimento mais aprofundado das realidades e necessidades de algumas famílias.

*[...] tem muitas **mães que precisam da orientação**, elas não sabem... é como eu disse, tem muitas famílias que assim... **estão muito desassistidas**. Não, nem digo desassistidas, falo assim de **famílias carentes, que não entendem muito**. Então essa orientação sobre o que é Primeira Infância, sobre Desenvolvimento é muito importante, muito importante mesmo. Que vai ser muito rico para elas. Então o ponto positivo é esse, que vai somar muito para as crianças, principalmente para as crianças. Para as mães saberem cuidar melhor dos seus filhos (E19, gestão).*

*[...] Eu creio que nesse tópico aí as **ACS são fundamentais**. Elas que sabem, como eu disse anteriormente, onde estão as **famílias que mais que mais precisam**, eles estão ali junto com as famílias, eles sabem quantas crianças precisam de mais atenção, que tem aqueles que são especiais. **Quem precisa de mais cuidados**, e eu acho que esse papel do ACS aqui hoje, igual tem uma invasão hoje que não tem, ainda não tem, vamos dizer assim, não desse posto e nem são de outro, aí a gente pede os ACS para eles fazerem... Eles têm uma margem de busca, sem ser na área deles, aí gente pede pra eles ir lá cadastrar e essas famílias de invasão são muito necessitadas mesmo. E a Estratégia cobre isso aí tudo, pra gente tentar fazer um atendimento aqui melhor. E acompanhar melhor as famílias que mais precisam mesmo, muitas (E20, gestão).*

5.3.8 Dificuldades econômicas.

Como descrito acima, os fatores sociofamiliares também estão ligados às dificuldades econômicas, exemplificando com a não ajuda aos filhos, observadas no excerto acima. As entrevistadas relatam sobre as desigualdades sociais do bairro, além de que as mulheres precisam sair para trabalhar, e pode acontecer das crianças ficarem “mais soltas”. Além disso, famílias com menos recursos financeiros possuem mais dificuldades materiais, o que pode incorrer em menos estímulos, como brinquedos, livros e jogos a fim de estimularem adequadamente o desenvolvimento de seus filhos.

[...]A mãe precisa trabalhar e deixa a criança, às vezes pode acontecer de deixar a criança mais solta (E1, agente comunitária de saúde).

[...]Tem assim, o nosso setor parece que é meio dividido. É nessa parte que as pessoas têm um poder aquisitivo melhor e têm mais embaixo, que eles têm um poder inferior (E4, agente comunitária de saúde).

As agentes comunitárias de saúde identificam a realidade dos fatores sócio econômico como determinantes sociais de saúde. Assim, elas entendem que o acesso a disponibilidade dos pais com seus filhos pode ser ou não parte de uma cultura de cuidado, e que não categorizam tal dificuldade em negligência parental.

Nos excertos abaixo, identificamos e inferimos o modelo biomédico de responsabilização da saúde pelo sujeito, a fim de condicionar as dificuldades econômicas única e exclusivamente para a realidade em questão do sujeito, atribuindo uma certa culpa por determinada cultura.

Contudo, os profissionais de ensino superior não apenas identificam as políticas do Bolsa Família como indicador das condições precárias de moradia, de acesso a saúde e educação, como também responsabilizam os usuários por tais condições.

[...]Hoje aqui, a gente está num bairro bem pobre, e é pobre mesmo, chega a ser pobre até de espíritos, os pais. Então assim, são adolescentes que com 18 anos que estão grávidas, eu tenho bastante adolescentes grávidas, e mães solteiras. Isso afeta muito na primeira infância. Então assim, essa é a cultura do ambiente daqui mesmo[...] (E13, profissional de curso superior de saúde).

[...] Aqui mesmo são os fatores socioeconômico e sociocultural, que mais prejudicam. Mas, eu acredito que é um setor em expansão, está chegando muitas coisas, e vai chegar muita gente instruída aqui, entendeu; Então

acredito que vamos nos adequar[...] (E14, profissional de curso superior de saúde).

*[...] Sim, eles têm que vir para **pesar**, para fazer **um novo cadastro** e, nessa oportunidade a gente procura conciliar, orientar, estar mais com o pessoal, **os pais da bolsa família**, as crianças. São crianças de pais que fazem tudo certinho, porque **eles precisam da bolsa**; então eles tentam **manter cartão de vacina em dia**. Vem nas consultas de rotina, sempre. [...] O Agendamento é de acordo com o que tem no momento. **Os pais de Bolsa Família** não deixam atrasar nada, a consulta de vacina é sempre atualizadinha[...] (E14, profissional de curso superior de saúde).*

Os gestores identificam as dificuldades econômicas, como de moradia, saneamento, alimentação e falta de condições de desenvolvimento ao bairro como determinantes sociais de saúde. E por fim, acreditam que a solução estaria na responsabilização e mérito da gestão. As soluções não se apresentam com a mobilização da Rede de Atenção à Saúde, soluções de aproximação do controle social, e sim em uma certa responsabilização do trabalhador de saúde pelas referidas condições.

*[...]Antigamente, eu vou falar para vocês, a figura de gestor era assim: **sentava numa sala e ficava quietinho, era um figurante**. Hoje não, não é assim, eu fico de olho em tudo, eu fico mais na recepção. E porque, esses dias **queriam dispensar um bebê** de dois meses e pouco, bebê vomitando e com febre, eu falei não, não vai dispensar não. Primeiro vamos fazer, **o primeiro atendimento**, e depois sim mandamos para o CAIS de Campinas e até chegar lá, **as mães às vezes nem dinheiro tem para pagar a viagem**. Então, se eu estou aqui e vejo isso, eu não deixo de jeito nenhum. **O meu papel é facilitar a vida de todo mundo**, dos pacientes, ainda mais crianças. Quando se trata de crianças e idosos, meu coração chora, aperta[...] (E19, gestão).*

*[...] Eu acho que o papel da Estratégia é a proximidade mesmo. Eu creio que nesse tópico aí os ACS são fundamentais. Eles que sabem, como eu disse anteriormente, onde estão as **famílias que mais que mais precisam**, eles estão ali junto com as famílias, eles sabem quantas crianças precisam de mais atenção, que tem aqueles que são especiais. Quem precisa de mais cuidados, e eu acho que esse papel do ACS aqui hoje, igual tem uma invasão hoje que não tem, ainda não tem, vamos dizer assim, não desse posto e nem são de outro, aí a gente pede os ACS para eles fazerem... Eles têm uma margem de busca, sem ser na área deles, aí gente pede pra eles ir lá cadastrar e **essas famílias de invasão são muito necessitadas mesmo**. E a Estratégia cobre isso aí tudo, pra gente tentar fazer um atendimento aqui melhor. E acompanhar melhor as famílias que mais precisam mesmo, muitas (E20, gestão).*

5.3.9 Insegurança alimentar.

O discurso das agentes comunitárias de saúde corrobora a existência da insegurança alimentar como uma realidade enfrentada pela população atendida. Portanto, o cenário vivenciado por algumas famílias é caracterizado por uma alimentação insuficiente e inadequada. Essas afirmações são extremamente preocupantes, sobretudo quando consideramos a primeira infância, na qual as crianças dependem primordialmente de uma nutrição adequada para seu pleno desenvolvimento.

*[...]Então, muitas vezes é a questão da **alimentação** (E4, agente comunitária de saúde).*

*[...]Eu acho que é mais a falta de uma **alimentação adequada** (E12, agente comunitária de saúde).*

*[...]A **alimentação era bem precária**, quando a gente ia falar com ela, ela ficava bem ríspida (E12, agente comunitária de saúde).*

A partir da territorialização presente no bairro como fator determinante de baixo ou médio poder aquisitivo, as condições de saúde como a insegurança alimentar aparecem interpostas. Portanto, as doenças de saúde geral e mental (abuso e dependência de substâncias) nas crianças começam a ser temática recorrente entre as agentes comunitárias de saúde, bem como estão presentes no discurso dos profissionais de ensino superior nos eixos epidemiológicos pela equipe de saúde da ESF. Ilustramos, com o exemplo abaixo em que uma agente comunitária de saúde identifica o sintoma da diarreia.

*[...]Não aqui agora até que isso está tranquilo, antigamente a gente teve muito problema assim com **esgoto a céu aberto**, mas agora assim já fizeram os esgotos, a gente até que de vez em quando tem problema de estourar, mas não é como antigamente, tá bem melhor. Então **tinha muito diarreia, diarreia em crianças** (E5, agente comunitária de saúde).*

A apreensão da realidade da Insegurança Alimentar pelos profissionais de ensino superior ocorre no discurso gradativo sobre as condições adequadas de alimentação, desnutrição e fome. Percebem a realidade como fundante do processo de saúde, e descrevem situações ligadas aos processos de crescimento e desenvolvimento.

*[...]Olha, pela semana, eu vi um **pouco de desnutrição** e basicamente isso, só[...] (E13, profissional de curso superior de saúde).*

*[...]Alimentação, a gente lida com uma população carente, não tem como tampar os paus com peneira. Então, você vira e fala assim: “não, vamos fazer uma alimentação completa. Com uma boa fonte de carboidratos, legumes, verduras, carne vermelha três vezes na semana no mínimo, colocar carne branca também na alimentação, fonte de peixe, frutas. É uma alimentação que é cara, as crianças daqui não são, não tem condições muitas vezes de seguir essas dietas por uma questão financeira. A gente tem que ser honesto e tem criança que a alimentação mais significativa do dia acontece dentro do CMEI. Então, a **alimentação é o primeiro ponto mais significativo**[...] (E18, profissional de curso superior de saúde).*

*[...]Mas, com certeza, devido ao problema que está tendo com **a fome** se alastrando, com certeza deve ter muita criança já **com o início da desnutrição**. Não há dúvida não, **o problema tá muito sério**[...](E15, profissional de curso superior de saúde)*

Os gestores nas unidades contextuais relatam a Insegurança Alimentar como um problema comum, na perspectiva dos pontos fortes do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.

*[...] A gente aprende muito assim, só vendo. Assim, no dia a dia, acho que o treinamento é pouco na área da saúde. Eu como ACS na época, eu vi muita necessidade, principalmente nessa região, nossa aqui. **Nesse acompanhamento você vê muita criança desnutrida** e violência. Temos notificações, várias. Não são várias aqui, mas na região são várias notificações de violência e esse acompanhamento de CD, crescimento, desenvolvimento eu acho muito importante[...](E20, gestão).*

5.3.10 O uso de substâncias como parte de ambiente.

A entrevistada relata sobre a facilidade do consumo de drogas no bairro, pelos vários pontos de venda e ambiência, e compartilha o receio que sente em relação ao risco de crianças se envolverem com drogas. Segundo Brandão & Junior (2017), a transição entre o final da infância e o início da adolescência é uma fase crítica para o desenvolvimento, especialmente no que se refere à internalização de valores, normas e comportamentos. É durante essa fase que as pessoas se encontram em maior vulnerabilidade, destacando a importância do afeto e da proteção como elementos essenciais para fortalecer a sobrevivência física, psicológica e social.

*[...] E droga tem bastante fácil, porque nessa região aqui, é uma região que tem **muitos pontos de venda de droga**, sabe? E isso é muito fácil para as*

crianças. Porque aqui tem muitas pessoas que ficam chamando, iludindo, conversando [...] (E10, agente comunitária de saúde).

*[...]Uai, a gente desenvolve até bastante ação, como orientação para adolescentes, para não engravidar, não é? Para as pessoas, **não entrem em droga, usar drogas**. Então é muito, usar os anticoncepcionais, usar sempre os preservativos. Então, os idosos precisam tomar sempre as medicações, seguidas pelo médico, então bastante[...] (E11, agente comunitária de saúde).*

Pelos demais profissionais de saúde e gestores, não encontramos relatos sobre o uso de substâncias como parte do ambiente, que embora se apresente como um fator de risco, nos parece bem descrito pelas ACS sobre os condicionantes de saúde, como a figura da “mãe usuária” e do “aviãozinho” que ocorrem nas outras unidades de contexto.

Sobre os determinantes de saúde, em que se avalia o lazer e as atividades importantes para o desenvolvimento de uma primeira infância saudável, encontramos os fatores negativos, como o uso de substâncias.

5.3.11 Excesso de telas.

Atualmente, muitos estudos investigam os efeitos do excesso de telas para o desenvolvimento de crianças, a curto, médio e longo prazo. Ao mesmo tempo em que esses aparelhos podem ajudar as famílias no cuidado, eles também podem ser prejudiciais. As entrevistadas contam sobre suas percepções a respeito do excesso de telas nos atendimentos.

*[...] E quando não é aula, eles ficam mesmo o tipo de brincadeira das crianças **ultimamente mudou**. Eles ficam **mais é celular ou TV**. Na verdade eu acho que isso **prejudica** muito eles (E10, agente comunitária de saúde).*

*[...] E essas **televisões e internet** essas coisas. Eu acho que **prejudica bastante** até porque eles **aprendem muita coisa**, que é no YouTube, por exemplo, é tanto, tão livre de conteúdo. E as crianças têm muito acesso. Eu acho que isso **prejudica um pouco** no desenvolvimento deles na questão de caráter (E10, agente comunitária de saúde).*

5.3.12 Negligência no cuidado.

Como já apresentado anteriormente, a negligência se refere à omissão ou negação de cuidados a uma criança, nos aspectos físicos, intelectuais e emocionais, de modo intencional

ou não. Nos relatos das entrevistas surgem as mais diversas negligências, como: crianças expostas na rua, em casas não higiênicas, famílias que não aderem a vacinas, crianças que passam longos períodos sozinhas em casa, e mulheres que se recusam a fazer o acompanhamento adequado de uma gestação.

*[...] uma casa que **não é muita higiênica**, quando a criança é **muito exposta na rua**, a gente consegue ver, entendeu? (E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] Às vezes pode acontecer de **deixar a criança mais solta**, entendeu? Deixar vim da escola sozinha E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] a gente vai orientando, porque a gente não pode forçar a pessoa. E aí a gente vai orientando nesse sentido, da **importância da vacina**. Às vezes quando é um caso, assim, vamos supor que aconteceu um caso muito grave, eu trago já e explico. Tem **mães que não aderem**, eu tive uma que ela foi embora daqui ela não mora mais aqui, ela tá morando no interior que eu fiquei sabendo, e ela **não aderiu ao CD** E1, agente comunitária de saúde).*

*[...] O que eu percebo mais são **crianças sozinhas**. Aí a gente bate e pergunta: – Cadê seu pai? Cadê a sua mãe? E eles respondem: – Está trabalhando. E aí a criança passa praticamente **o dia todo sozinha** [...] (E5, agente comunitária de saúde).*

*[...] Assim, elas ficam **muito sozinhas**. São crianças que se você fala: – Cadê a vovó? E elas respondem: – Trabalhando. E: – Cadê a sua mãe? Está trabalhando. Então, assim eu acho que as **crianças aqui ficam muito sós** (E11, agente comunitária de saúde).*

*[...] E a mãe, está a mãe, e avó no pé, para fazer o pré-natal e ela **não tá querendo fazer pré-natal**, eu falei: – Gente, você tem que conversar, forçar a gente não pode, não é? Então, marquei consulta hoje mesmo, ela tinha uma consulta. Não, amanhã quarta-feira vamos ver, se ela vem, então assim tem essa **dificuldade** (E11, agente comunitária de saúde)*

Em contraponto a essas falas, uma das entrevistadas relata que é muito raro presenciar casos de negligências em seus atendimentos. Ressalta, inclusive, que os pais cuidam muito bem das crianças.

*[...] Negligência dos pais é **muito raro**. Assim, deixando a criança para lá? Não, eu acho é que eles **cuidam bastante**. É muito raro assim, mas tem. E sempre tem pais que não ligam muito, mas é a **minoria** (E10, agente comunitária de saúde).*

Entre os profissionais de curso superior, identificaram-se como os principais eixos temáticos, as condições de moradia desfavoráveis, as vulnerabilidades socioeconômicas, a

dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais, e a violência conforme as unidades de contexto, abaixo:

*[...] Sim. É o fator mesmo, **cultural, socioeconômico**, é são os fatores ambientais (E15, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] Aqui no setor tem fator familiar é pouco que influencia assim, no atraso do desenvolvimento, mas é o **fator socioeconômico** mesmo (E16, profissional de curso superior de saúde).*

*[...] A maioria são pais assim um pouco **ausente por falta**, os que têm problema são pais que a gente até tenta entender pelo fato que eles terem que deixar os filhos com outras pessoas para trabalhar e a gente não tem não consegue nenhum contato mesmo por causa da rotina deles (E17, profissional de curso superior de saúde).*

Em contraponto as falas dos outros profissionais, percebe-se que no discurso da gestão as questões de negligência no cuidado das crianças quase não foram discutidas.

5.3.13 Doenças de saúde geral nas crianças.

Através das entrevistas realizadas com as agentes comunitárias de saúde, pode-se observar que as condições gerais de saúde das crianças são ilustradas, sendo mencionadas diversas doenças. Essas condições variam desde a detecção de sinais e sintomas simples, como febre e a icterícia, que resulta em coloração amarelada na pele, até a constatação de problemas que estão associados aos determinantes sociais de saúde, como a diarreia que é consequência da falta de saneamento básico. Essas doenças mencionadas pelas agentes comunitárias de saúde servem como exemplos que ilustram a ampla gama de problemas de saúde enfrentados pelas crianças.

*[...] Ah, de princípio educar, chamar educar, ir na casa fazer as visitas, por exemplo, na caso dela a gente foi quando eu identifiquei, que o menino estava com **um corpinho amarelo**. A gente vai lá, a gente vai ver o que é, que essa criança tem, vai orientar, vai encaminhar, a gente vai fazer o quê [...] (E1, agente comunitária de saúde).*

Dentro do contexto da perspectiva dos profissionais com formação superior, observa-se uma preocupação cada vez maior em relação ao crescente número de casos de câncer em crianças. Essa observação reforça a importância de adotar uma abordagem cautelosa e

abrangente para enfrentar essa doença, tendo em vista o impacto significativo que ela tem na saúde e no bem-estar desses indivíduos em fase de desenvolvimento. A constatação desse aumento de casos de câncer em crianças destaca a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os fatores que contribuem para esse cenário e de desenvolver estratégias eficazes para o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o suporte contínuo tanto para as crianças afetadas quanto para suas famílias. Esse desafio demanda uma abordagem interdisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, pesquisadores e políticas públicas que possam promover ações coordenadas e efetivas no combate ao câncer infantil.

*[...] Geralmente é o **câncer** mais prevalente em crianças. Mesmo assim tem **infecção de pé, infecção de pele, dermatite de forma geral, episódios gripais** cada vez mais de área superior, e **problemas do gastrointestinal**. Todo pediatra fala, a gente até brinca: – Ou é cocô, xixi, catarro ou é pele. O básico mesmo, mas é importante sempre perceber a criança em sinal de alerta. Sempre tem que estar de olho, para poder encaminhar certinho (E17, profissional de ensino superior).*

*[...] E assim, antigamente, tinha aquela fila enorme, que a mãe tinha que enfrentar pra marcar com a criança. Hoje não tem. Se você chegar aqui agora, você marca para no máximo daqui uma semana pra frente. E se for um caso de **febre**, alguma coisa assim, a médica atende, agora [...] (E20, gestão).*

Conseguimos identificar nas falas da gestão sinais comuns em diversas doenças de saúde geral nas crianças, por meio da descrição de febre como em um caso corriqueiro de atendimento na unidade de saúde Estrela D'Alva. A partir do contexto, observa-se a assistência oferecida à criança e sua família, por meio de um pronto atendimento, sem precisar de agendamento de consulta.

Por outro lado, a gestão demonstrou desconhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, como evidenciado em sua entrevista, ao mencionar a violência e o abuso como denúncia. Essa falta de compreensão se estende ao fluxo e ao encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde, prejudicando o atendimento adequado das crianças e seus familiares. A entrevistada ressalta a importância do profissional da equipe mínima de saúde nesse atendimento, ignorando a existência de redes de assistência específicas para vítimas de violência e os mecanismos de notificação obrigatória. Essa inadequação em relação à intersetorialidade é evidente, seja no contexto da Educação por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), seja na assistência social por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). A

entrevistada parece atribuir julgamentos equivocados e assumir responsabilidades que não lhe competem, revelando confusões em sua fala sobre o procedimento de notificação de casos de violência.

Além disso, é imprescindível ressaltar a importância da implementação de políticas públicas voltadas para a infância. A prevenção e o combate à violência infantil não podem depender apenas do trabalho individual dos profissionais de saúde, mas devem ser respaldados por ações governamentais que promovam a proteção dos direitos das crianças e o fortalecimento de suas famílias. Essas políticas devem contemplar investimentos em educação, saúde, assistência social e outras áreas que contribuam para o desenvolvimento saudável e seguro das crianças. Somente por meio de uma abordagem abrangente e integrada será possível enfrentar efetivamente os desafios e construir uma sociedade que garanta o bem-estar e a dignidade das crianças.

5.3.14 Condições de desenvolvimento de políticas públicas.

Durante as entrevistas realizadas com agentes comunitárias de saúde, profissionais de ensino superior e gestores, foi levantada uma pergunta que chamou nossa atenção: se eles conheciam ações, programas e políticas públicas de saúde. A resposta predominante foi negativa, indicando um desconhecimento generalizado nesse aspecto. No entanto, durante as etapas de codificação e categorização dos principais temas abordados, foi possível identificar citações relacionadas a diferentes programas e políticas de saúde. Entre essas citações, destacam-se o Programa de Crescimento e Desenvolvimento (CD), o Programa Saúde na Escola (PSE), o Programa Hiperdia e os programas de controle de tabagismo e diabetes. Além disso, foram mencionadas ações de promoção e prevenção de saúde, como a vacinação contra a gripe, a Covid-19 e doenças comuns da primeira infância, bem como a importância do acompanhamento do cartão de vacinas e a realização de exames de colo de útero. Também foram relatadas ações de visitas domiciliares direcionadas a grupos de risco, incluindo pessoas acamadas, crianças, idosos com mobilidade reduzida e gestantes. Essas citações evidenciam a existência de iniciativas e programas de saúde relevantes, embora a conscientização e o conhecimento a respeito dessas medidas ainda sejam limitados entre os profissionais entrevistados.

As políticas que estão vigentes, como as políticas nacionais de atenção integral à saúde da mulher, de humanização do SUS e de saúde do trabalhador, não foram sequer citadas em nenhuma das entrevistas, assim como o Programa “Brasil Sorridente” – um conjunto

de ações para melhorar as condições de saúde bucal – também não fora. O Programa “Farmácia Popular do Brasil”, mais divulgado e financiado nesse último governo pelo Ministério da Saúde, também não foi citado nas entrevistas.

No discurso das ACS, as políticas aparecem de duas formas: ou são indicações em que as críticas são feitas aos gestores da Unidade de Saúde ou como algo distante sem acesso dos trabalhadores e, tampouco, do controle social, pelo fato de não ter solução, por se tratar de política ou de não deter todas as soluções para as condições de desenvolvimento de políticas públicas. E há ainda uma visão de dificuldades e não entendimento de suas fases: (1) Construção de agenda; (2) Formulação da política; (3) Processo decisório; (4) Implementação; (5) Avaliação.

*[...] Que seja saúde, educação, cultura, **tudo que envolve política, é difícil** [...]*
(E3, agente comunitária de saúde).

*[...] Sim, porque sem elas não têm como o Brasil **se desenvolver e melhorar uma política melhor para atendimento**, tanto das crianças como dos pais, nas áreas mais carentes do Brasil[...]* (E12, agente comunitária de saúde).

Assim, percebe-se as contradições próprias de um Sistema Único de Saúde que, embora se apresente enquanto um conjunto de leis, normas e políticas para ser desenvolvido e distribuído segundo a equidade, não se torna real ou viável para trabalhadores de saúde ou para população a ser atendida. Afinal, as visões dicotômicas por meio dos agentes comunitários de saúde e a não resposta dos trabalhadores de ensino superior nos afasta do SUS na prática, com suas ações, programas ou políticas comuns e específicas a serem desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.

A implementação de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sociais é uma responsabilidade do Estado, conforme estabelecido na Constituição Federal. Cabe ao Estado planejar e executar conjuntos de ações que alcança esses objetivos. Apesar da existência de oportunidades para o diálogo entre os diversos atores envolvidos nos projetos e na execução das políticas públicas, é crucial que essas iniciativas sejam concebidas e implementadas de maneira a atender ao interesse público de maneira altamente eficaz. No entanto, a viabilidade dos projetos está condicionada às circunstâncias favoráveis do indivíduo, tanto em termos materiais quanto psicossociais.

*[...], Mas assim, a gente vê muito **quando começa o PSE na escola. Ai, você vê mais. É onde o programa de saúde na escola. E onde tem as crianças, que ali os pais vão assinar um termo para que os alunos possam passar por **consultas*****

médicas, de enfermagem, odontológica. É ali é onde as crianças vão passar por consultas, é onde o médico visualiza muita coisa (E19, gestão).

*[...]Sim, principalmente por causa das escolas agora vem exigindo. E o **Auxílio Brasil** também. E é **uma demanda muito grande, muito mesmo**. Vem muitas crianças, com principalmente nos primeiros dias. Eu nem estava aqui, estava de férias, mas as mães me ligavam me perguntando a respeito (E19, gestão).*

*[...]Por isso que ela tem **sempre que atualizar**, por isso que tem sempre que tá indo na Unidade de Saúde fazer, **pesar, medir a criança e manter sempre as vacinas em dia**. Se a mãezinha não quiser medir, pesar, e manter as vacinas em dia, o próprio sistema corta. **Aí é a hora que a mãe vem: “Meu deus, eu não estou recebendo o Bolsa Família, eu fui cortada”**. **Aí a gente olha lá e é por conta disso (E19, gestão).***

*[...]Hoje vem e **marca normal as rotinas**, até porque a demanda hoje aqui da unidade está boa. Eu abro a agenda pra uma semana e não, não enche ela até hoje, desde da vez que eu abri a agenda eletrônica aqui. E assim, **antigamente tinha aquela fila enorme**, que a mãe tinha que enfrentar pra marcar com a criança. Hoje não tem (E20, gestão).*

*[...]Até os doutores aqui são muito prestativos, eles iam no carro deles ou iam no meu comigo. Mas **infelizmente os programas hoje é só o que vocês estão fazendo aqui mesmo de atender as crianças**. Ou no caso vocês, Psicologia. E as outras meninas odontologia. Então é esse programa para a comunidade que está tendo hoje aqui [...] Eu sou apaixonado nesses programas, mas hoje **fisicamente aqui a gente não suporta**. Trazer os programas que eu queria, como grupo de tabagismo igual tem nas outras unidades. Vários programas que tem, tem até um no Plano Piloto que teve no São Carlos, que a gente queria muito fazer, que foi o Cine Pipoca que deu muito certo, trouxe os pacientes para a gente. Mas **infelizmente não tem como aqui**. Até eles queriam mandar, hoje ligaram querendo mandar residentes, mas como que atende com residente aqui? E a aceitação também dos médicos hoje até pelo local, também é muitos não gostam e eles tem que querer também (E20, gestão).*

Nesse sentido, é imprescindível que as pessoas mais vulneráveis não sejam excluídas das políticas públicas. Com base no princípio da dignidade humana, é obrigação do Estado empenhar todos os esforços possíveis para efetivar políticas de inclusão social. Os programas de renda mínima e benefícios assistenciais contínuos são exemplos concretos de como o poder público pode e deve trabalhar em prol do bem-estar da população, reduzindo indicadores que afetam diretamente a vida das pessoas.

Os gestores apresentam as condições de desenvolvimento de políticas públicas como uma pauta, de seus afazeres. E como um modelo mais próximo aos determinantes sociais de saúde. E como uma forma de ocupação dos espaços por políticas de assistências sociais, que

embora tenham ligações com a saúde, ainda estão longe de refletir o que as políticas públicas de saúde podem fazer ou realizar pela unidade Estrela D'Alva.

Capítulo 6 – Discussão

As Experiências Adversas na Infância (EAI), assim como o programa Estratégia da Saúde da Família, têm se mostrado uma temática de grande relevância e se constituído como objeto de estudo em diversas regiões do Brasil. Um levantamento⁸ realizado no site Portal Periódicos Capes permitiu observar que há poucos estudos recentes que exploram esse tema em Goiânia, tampouco pesquisas que retratam a Estratégia da Saúde da Família (ESF) na região Noroeste da capital goiana. As pesquisas encontradas a respeito da região Noroeste de Goiânia retratam mais as ocupações urbanas e o seu processo de formação. É importante pontuar também que há poucos estudos recentes da Psicologia sobre a ESF, a maioria dos trabalhos encontrados foram da área de enfermagem e medicina, o que sugere uma lacuna na literatura.

As entrevistas realizadas com os trabalhadores da ESF revelaram que os profissionais entendem a importância do acompanhamento integral das crianças para o seu desenvolvimento, mas ressaltam que pandemia da Covid-19 provocou agravos no cuidado infantil. As rotinas de trabalho dos profissionais foram descritas com as agentes comunitárias de saúde relatando o foco maior nas visitas domiciliares, os profissionais de ensino superior se caracterizaram por estarem mais inseridos dentro da unidade de saúde, e a gestão, por sua vez, demonstrou poucas ações no que se refere à gestão propriamente dita, o que aponta para a dificuldade de suas competências e práticas voltadas para o serviço e unidade.

Um aspecto relevante que emergiu na pesquisa foi a constatação de que a maioria dos profissionais já identificou ou suspeitou de EAIs contra crianças da comunidade. Isso destaca a importância de uma atuação sensível e atenta dos profissionais da ESF, já que a identificação precoce de possíveis fatores de risco é essencial para a promoção de uma assistência integral e preventiva à saúde infantil (Costa et al, 2015). Portanto, a pesquisa contribui para a compreensão da relação entre EAI e ESF, bem como para o fortalecimento do cuidado infantil na região Noroeste de Goiânia.

⁸ O levantamento referido foi realizado especificamente para este trabalho e os endereços eletrônicos disponíveis para consulta constam no tópico “REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS”. A pesquisa foi realizada procurando pelas palavras-chave: “Estratégia da Saúde da Família região noroeste de Goiânia”, “Estratégia da Saúde da Família em Goiânia”, “Região noroeste de Goiânia”, “Estratégia da Saúde da Família em Goiânia Psicologia”, “Estratégia da Saúde da Família Psicologia”.

A qualidade da assistência à saúde infantil depende da capacitação e sensibilização dos profissionais para identificar e lidar com possíveis experiências adversas na infância, além de promover o desenvolvimento infantil integral por meio de ações preventivas e de intervenção precoce em casos de agravos à saúde.

Ações intersetoriais podem contribuir para fortalecimento de uma rede de atenção à saúde infantil mais efetiva e abrangente. No entanto, a identificação desses fatores de risco pode representar um desafio, pois requer uma maior mobilização e articulação com equipamentos de saúde e gestões do nível central e superior. Além de conhecimento aprofundado sobre as condições socioeconômicas, culturais e familiares da comunidade (Maia & Albuquerque Williams, 2005).

Um aspecto de destaque refere-se às declarações dos entrevistados sobre algumas relações familiares enfraquecidas. Observa-se que as consequências do distanciamento entre pais e filhos podem ser extremamente prejudiciais para o desenvolvimento infantil. De acordo com a perspectiva de Bronfenbrenner, a reciprocidade desempenha um papel fundamental, pois envolve a interação entre o indivíduo e o ambiente, em que ambas as partes influenciam e são influenciadas mutuamente durante o processo de desenvolvimento. Essas interações podem gerar sentimentos distintos e duradouros entre os membros da família. Para promover o desenvolvimento individual, as relações afetivas devem ser positivas e autênticas, evitando sentimentos de antagonismo, raiva, rejeição e insegurança, que podem prejudicar os processos de ensino-aprendizagem. É importante ressaltar que as díades primárias, caracterizadas por relações afetivas duradouras, persistem mesmo quando os indivíduos não estão fisicamente juntos (Yunes & Juliano, 2010).

De acordo com Ruiz & Martioli (2003), em seus estudos, uma das causas do comportamento agressivo de crianças no ambiente escolar é a violência psicológica praticada por um adulto, que deprecia a criança, rotulando-a como burra e incapaz de aprender. Essas mensagens internalizadas pela criança ou adolescente nos levam a acreditar que jamais serão capazes de aprender e que são intrinsecamente incapazes, o que pode resultar em problemas mentais graves. Portanto, adultos que adotam tais comportamentos contribuem para causar danos significativos na autoestima e nos relacionamentos interpessoais da criança, podendo impactar efeitos negativos na vida adulta.

A desigualdade econômica demonstra a necessidade de uma adequada redistribuição de renda no país, além da implementação de políticas públicas. De acordo com Bronfenbrenner (1974), as políticas públicas desempenham um papel fundamental no bem-estar e no desenvolvimento dos seres humanos, isto é, as pessoas necessitam de uma qualidade de vida

justa e digna, especialmente as crianças na primeira infância, sujeitos em desenvolvimento. O entendimento de Bronfenbrenner sobre as políticas públicas motivou o autor a dedicar-se por muitos anos à modificação, ao desenvolvimento e à implementação de políticas que pudessem influenciar positivamente a vida das crianças e suas famílias.

Minha tese neste artigo é a proposição inversa, que, particularmente em nossa área, a ciência necessita das políticas sociais – necessidade esta, não apenas para guiar nossas atividades de organização, mas para nos possibilitar a encontrar dois elementos essenciais para os esforços científicos: vitalidade e validade (Bronfenbrenner, 1974, p.1).

Apesar de haver avanços significativos no âmbito das políticas públicas no Brasil, as falas das entrevistadas evidenciam um aumento no número de pessoas que se recusam a se vacinar, o que tem ocasionado o ressurgimento de doenças anteriormente controladas, como a poliomielite. De acordo com Donalisio et al (2023), esse problema se tornou uma crise sanitária, intensificado negativamente pela pandemia de Covid-19 em 2021, que estimou que apenas 80% das crianças a receberam as três doses da vacina contra a poliomielite e 25 milhões de crianças menores de um ano não receberam o esquema básico de vacinação – o número mais alto desde 2009.

Diversos fatores contribuem para o ressurgimento de doenças imunopreveníveis e a diminuição da adesão à vacinação. O primeiro fator é o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que é afetado pela má gestão dos serviços, falta de organização nas salas de vacinação e a escassez de campanhas de conscientização para a população. O segundo fator é a falta de conhecimento sobre a importância da vacinação e a propagação de informações falsas, o que tem reforçado a popularidade de movimentos antivacina. Entre as principais razões para a hesitação em relação à vacinação estão a desconfiança na eficácia e qualidade das vacinas e as divergências políticas e organizacionais entre setores governamentais, entidades de saúde e organizações internacionais. O terceiro fator são as desigualdades socioeconômicas, que afetam a vacinação devido à relação complexa com a confiança no programa de imunização, nos serviços e profissionais de saúde, além da complacência decorrente da baixa percepção de risco das doenças imunopreveníveis (Donalisio et al, 2023).

Por fim, a pandemia de Covid-19 agravou ainda mais a tendência de queda na cobertura vacinal, apresentando desafios adicionais para a redução da cobertura e aumento das desigualdades sociais, sobretudo entre a população mais vulnerável (Donalisio et al, 2023).

Um outro aspecto relevante destacado pela pesquisa é a questão das equipes incompletas nas unidades de saúde. Desde o início do estudo, constatou-se a ausência de um médico na equipe, posteriormente houve a saída dos três enfermeiros contratados temporariamente, além da passagem de três gestões diferentes em um curto espaço de tempo. Embora tenham sido admitidos novos profissionais, a rotatividade evidencia a falta de estabilidade e a fragilidade de vínculo com a comunidade atendida. É fundamental ressaltar que o sucesso do programa ESF depende da gestão adequada de recursos humanos, especialmente no que se refere ao processo de contratação dos profissionais que integram as equipes. Com frequência, essas contratações são realizadas por meio de contratos temporários e condições trabalhistas pouco favoráveis, o que gera dificuldades na manutenção do trabalho e, conseqüentemente, equipes incompletas, prejudicando a qualidade do cuidado prestado e o vínculo com a comunidade (da Costa et al, 2022).

Além da incompletude das equipes, constata-se a ausência de profissionais da área de Psicologia na Unidade Básica de Saúde (UBS), embora sua presença seja extremamente necessária e urgente na comunidade. É incontestável que o desempenho do psicólogo no âmbito da saúde pública e da atenção primária requer uma compreensão crítica e contextualizada das condições sociais, políticas e históricas que moldam as políticas de saúde e influenciam as práticas profissionais. Ademais, é fundamental refletir sobre os fundamentos conceituais, teóricos e práticos da Psicologia, buscando constantemente atualização e adaptação às demandas do campo da saúde pública. A fim de entender os desafios enfrentados pelos psicólogos nesse contexto, é imperativo analisar tanto o atual projeto político-econômico quanto os obstáculos que permearam a constituição da Psicologia enquanto ciência. É relevante reconhecer que as dificuldades atuais são conseqüências do desenvolvimento da Psicologia ao longo do tempo.

Além disso, é crucial compreender a necessidade de superar abordagens assistencialistas e promover práticas mais abrangentes e integradoras, o que fica evidente diante das dificuldades encontradas na atuação do psicólogo na saúde pública, especialmente na atenção primária. E com o desmonte do NASF, tornou-se impossível a participação desse profissional no ASF. E essas dificuldades estão intrinsecamente relacionadas à natureza dinâmica do processo de saúde, o qual é influenciado pelo contexto histórico e cultural de cada época e local (Damasceno, 2021).

Diversas entrevistas destacaram a importância dos fatores sociofamiliares no desenvolvimento infantil. Estudos apontam que crianças que crescem em ambientes onde há abuso de substâncias têm maior risco de desenvolver ansiedade e depressão. A depressão

materna também tem se mostrado um problema crescente, resultado da sobrecarga de trabalho enfrentada por mulheres, que muitas vezes acumulam longas jornadas laborais e tarefas domésticas, e pode impactar negativamente no desenvolvimento infantil. Bebês de mães deprimidas tendem a ser mais nervosos e apresentar altos níveis do hormônio do estresse em comparação com aqueles que não têm mães com depressão. Portanto, o ambiente familiar desempenha um papel crucial na promoção de fatores de proteção ou risco para crianças. Além disso, as condições socioeconômicas também foram mencionadas nas entrevistas como fatores que podem prejudicar o desenvolvimento infantil, pois a pobreza expõe as crianças e suas famílias a diversos riscos adversos, como conflitos familiares, ambiente doméstico insalubre e suporte social inseguro. O uso excessivo de telas também foi relatado como uma preocupação pelos agentes comunitários de saúde. Estudos apontam que a exposição excessiva às telas pode prejudicar o sono, afetar a alimentação adequada, prejudicar a audição, afetar as interações sociais e aumentar os riscos de obesidade e sedentarismo (de Alencar et al, 2022).

O estudo conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2021) revelou que os profissionais da saúde que trabalham na linha de frente da pandemia enfrentaram uma série de desafios, incluindo a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e o despreparo técnico. Essas condições adversas causaram um impacto negativo no fluxo de trabalho e no vínculo com os usuários e a comunidade, principalmente durante as visitas domiciliares. Além disso, as transformações desordenadas exigiram modificações nos fluxos assistenciais e na interação entre os membros da equipe, dificultando até mesmo a realização de reuniões presenciais para o planejamento das atividades.

Essas adversidades contribuíram para o aumento do esgotamento profissional e da síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde. Estudos realizados por pesquisadores, como Soares et al (2022), destacaram que fatores como experiência profissional, condições de trabalho, situação financeira, conciliação entre trabalho e vida familiar, medo de contaminação e transmissão da doença estiveram associados ao desenvolvimento de Burnout nesse grupo.

Embora haja uma coesão entre os colegas de trabalho e um objetivo comum de atender melhor a comunidade, os profissionais da saúde enfrentam ainda uma sobrecarga de trabalho significativa. Eles mencionam inúmeras demandas, falhas na infraestrutura, escassez de recursos humanos e uma rede de serviços pouco solidária. Além disso, alguns profissionais relatam problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, especialmente durante a pandemia da Covid-19. A sobrecarga de trabalho ocorre quando as exigências do trabalho

superam os recursos disponíveis em termos materiais e humanos, levando a um estado de estresse laboral que pode manifestar-se por meio de sintomas como fadiga, tensão, irritabilidade e ansiedade, como apontado por Alvarez & Fernandez (1991). Esses sintomas podem afetar negativamente o interesse e o desempenho no trabalho.

Entretanto, um aspecto que mereceu nossa atenção foi o relato de um dos entrevistados, que mencionou a grande dificuldade em lidar com a gestão e a presença de conflitos, que resultavam na falta de confiança mútua. De acordo com Santos, Oliveira & Moreira (2006), as relações intra e intergrupais podem desencadear conflitos se não forem adequadamente administradas, uma vez que, apesar de todos os membros da equipe compartilharem os mesmos objetivos, suas perspectivas e visões de mundo podem divergir. Especialmente por se tratar de profissionais de diversas áreas de conhecimento. A questão dos conflitos com a gestão se torna ainda mais preocupante quando consideramos a rotatividade frequente de profissionais ocupando essas posições. Na medida em que a equipe se ajusta a uma pessoa, em breve outra assume o cargo, o que demonstra uma instabilidade e insegurança para os trabalhadores no desempenho de suas funções.

É fundamental que, independentemente de quem ocupe o cargo de gestão, esses profissionais estejam abertos às queixas dos trabalhadores e mantenham um diálogo constante, com o objetivo de minimizar os impactos na saúde individual e coletiva desses trabalhadores.

Não podemos deixar de salientar que, desde o início da pandemia, a população brasileira enfrentou sérias consequências devido à desestruturação das políticas públicas, com destaque para aquelas relacionadas à saúde, evidenciando um projeto político que visava o desmantelamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, os direitos humanos foram enfraquecidos devido à postura radical adotada pelo então presidente, que propagou discursos negacionistas e minimizou a gravidade do coronavírus, discursos caracterizados pela falta de empatia, ausência de responsabilidade e traços de comportamento compulsivo e cruel (Valentin et al (2022)). Essas atitudes ocorreram em um ambiente marcado por um elevado número de mortes, perdas e um luto coletivo profundamente sentido. Além dos desafios impostos pela pandemia mundial, o Brasil enfrentou a absoluta incapacidade do governo em governar, especialmente para os mais vulneráveis.

Diante deste cenário, é importante pontuar que as medidas de combate à pandemia tiveram impactos significativos nos programas de saúde voltados para crianças no Brasil, conforme ressaltado pelos profissionais entrevistados. Houve uma redução significativa nas visitas domiciliares, o que resultou na falta de acompanhamento adequado das gestantes

durante o pré-natal, bem como na ausência de orientações para mulheres no pós-parto. Além disso, as crianças foram privadas do acompanhamento do programa Crescimento e Desenvolvimento (CD). Essas interrupções nos serviços de saúde direcionados às crianças representam uma grande preocupação, uma vez que podem acarretar consequências negativas para a saúde e o desenvolvimento infantil no longo prazo (Linhares & Enumo, 2020).

Além das entrevistas realizadas, também foi possível observar a precariedade da estrutura física da unidade básica de saúde. A área de espera para os atendimentos é pequena e inadequada, o que leva as pessoas a ficarem em pé quando há um grande número de pacientes aguardando atendimento. Essa situação é especialmente preocupante quando se trata de gestantes, mulheres com bebês de colo, crianças e idosos. Em várias entrevistas, os profissionais enfatizaram a carência geral de atendimento odontológico na população. Embora a unidade disponha de uma sala odontológica equipada com cadeiras especializadas e outros equipamentos, o atendimento não é realizado devido à falta de materiais e à ausência de profissionais. Em algumas entrevistas, os profissionais sequer lembravam se houve algum momento em que a população foi atendida odontologicamente naquela unidade. Atualmente, a unidade conta apenas com uma cirurgiã-dentista, porém ela não dispõe dos insumos, infraestrutura e suporte necessários para realizar os atendimentos. A sala odontológica, que deveria atender a população, acaba sendo utilizada como depósito para outros materiais. Com o tempo, esses equipamentos sofrem desgaste progressivo devido à falta de uso e à ausência de manutenção adequada, resultando em um claro prejuízo aos recursos públicos.

Nesse contexto, os fatores de risco e proteção desempenham um papel importante para a conclusão da matriz analítica dos eixos temáticos proposta nesta pesquisa. Seguindo as contribuições do modelo Bioecológico para a Saúde Mental, destacamos as experiências adversas na infância como um eixo de processos psicossociais elucidativo das entrevistas realizadas com quase toda a equipe da unidade Estrela D'Alva.

Dessa forma, ao investigar as condições da unidade básica de saúde e sua infraestrutura precária, é evidente a necessidade de abordar os fatores de risco e proteção para a saúde mental, especialmente considerando as experiências adversas na infância. Essas informações são relevantes para compreender o contexto mais amplo em que a unidade está inserida e fornecer *insights* valiosos para aprimorar os serviços de saúde oferecidos à população.

Os fatores de risco e proteção contribuem bastante para terminarmos a matriz analítica de eixos temáticos, que nos propusemos a realizar enquanto pesquisa dessa dissertação. Para Abreu, Barletta & Murta (2015), encontramos as contribuições do modelo Bioecológico para

a Saúde Mental. E como eixo de processos psicossociais, por meio das experiências adversas na infância, a proposta se descreve como elucidativa de entrevistas realizadas com quase toda a equipe da unidade Estrela D'Alva, sobre tais eixos temáticos.

Dentre as contribuições à saúde geral, na perspectiva das determinações sociais alinhadas ao modelo Bioecológico, construímos as vulnerabilidades da criança diante das situações adversas diante do seu desenvolvimento. E partimos de tais referenciais teóricos para a compreensão de que os fatores de risco e proteção podem ser influências internas e externas comuns ao desenvolvimento humano. O modelo proposto de desenvolvimento por Bronfenbrenner (1996) elucida as relações complexas, a inter-relações, e o ser ativo que transita entre os eixos temáticos proposto por Bardin, na triangulação dos dados.

Por meio da triangulação dos dados, desenvolvemos a metodologia que consistiu em analisar as conjunturas, e articular com os diferentes atores sociais. Assim, dividir em agentes comunitários de saúde, profissionais de ensino superior e gestores nos possibilitou apreender pelo método da entrevista diversas fontes de coleta de dados para confirmar ou complementar as informações obtidas (Minayo, 2004). É comum utilizar três ou mais fontes diferentes para garantir a validade dos resultados e minimizar vieses. Os eixos de trabalho se referem aos temas ou aspectos principais investigados em um estudo. Eles podem ser definidos a priori ou surgir durante o processo de análise dos dados. A triangulação dos dados pode ser utilizada para explorar diferentes eixos de trabalho e fornecer uma visão mais completa e aprofundada do fenômeno ou problema de pesquisa estudado.

Na análise contextual, a infância é entendida sob os aspectos históricos e sociais, mas principalmente sob a perspectiva do desenvolvimento humano. E assim, foi organizativo realizar as relações de tempo e espaço sobre a infância, e como a infância é atendida no âmbito da prática nas avaliações das condições locais de saúde, e nas atividades comuns no atendimento à população. Ou seja, das relações entre o espaço e contexto histórico e cultural emergem o que Bronfenbrenner (1996) nomeou como processos proximais. O contexto passa a ser ditoso para o que se considera a saúde, como projeto de desenvolvimento saudável. A interação entre a visão dos trabalhadores de saúde, as práticas realizadas por eles e a possível percepção sobre o que é uma infância acolhedora e saudável realiza em suas respostas a interação dos níveis ambientais: microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema (Bronfenbrenner, 2011).

O microsistema é onde o indivíduo se encontra com seus fatores, e, portanto, localizamos em conjunto com ele o objeto de estudo, as experiências adversas na infância. As Experiências Adversas na Infância (EAI) e o modelo Bioecológico do Desenvolvimento

Humano estão intimamente relacionados (Linhares & Enumo, 2020). O modelo Bioecológico propõem relevância do ambiente e das relações interpessoais, no desenvolvimento humano, desde o nível micro do ambiente imediato da criança (família, escola) até o nível macro dos sistemas sociais mais amplos (cultura, política).

Partimos do pressuposto de que as EAI podem afetar negativamente o desenvolvimento infantil em todas essas dimensões, comprometendo a estabilidade e o funcionamento saudável desses sistemas. Dentre as EAI, podemos citar a violência doméstica, negligência, abuso sexual, exposição a drogas, pobreza, entre outras. E todas elas foram citadas, nas resultantes dos discursos dos trabalhadores de saúde, na unidade Estrela D'Alva.

As práticas parentais, a educação parental como fatores de proteção e as dificuldades descritas pelos profissionais de saúde sobre os fatores socioambientais como fatores de risco nas crianças, que atravessam as experiências adversas na infância, quando presentes nesse microsistema, podem ter um impacto significativo no desenvolvimento da criança. O modelo Bioecológico também destaca a importância do mesossistema, que se refere às interações entre os diferentes microsistemas nos quais a criança está inserida. Por exemplo, a relação entre a escola e a família pode influenciar o desenvolvimento socioemocional da criança.

No modelo Bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner, Martins & Szymanski (2004) afirmam que o exossistema se refere ao conjunto de sistemas nos quais a pessoa em desenvolvimento não participa diretamente, mas que tem um impacto indireto em sua vida. Isso inclui, por exemplo, o sistema de assistência social e as políticas locais de segurança pública, ou mesmo a alimentação saudável, como fatores de proteção. E as ações intersetoriais, como os presentes nos CREAS – Centro Especializado de Referência em Assistência Social, e CRAS – Centro de Referência em Assistência Social, são citadas pelas classes trabalhadoras, quando se referem à luta e enfrentamento das violências na unidade de saúde Estrela D'Alva.

Embora as condições de doenças de saúde geral possam ser afetadas por esses sistemas, elas não são consideradas exossistemas em si mesmas. É importante ressaltar que o modelo Bioecológico não foi desenvolvido com o objetivo específico de abordar o tema de doenças de saúde geral, mas sim de entender o desenvolvimento humano em sua totalidade, em sua relação com o ambiente em que ocorre.

Dessa forma, é fundamental que políticas públicas integrem o modelo Bioecológico com estratégias para prevenir e remediar as EAI, de modo a proteger e integrar a criança em uma rede saudável de relacionamentos que favoreça seu desenvolvimento.

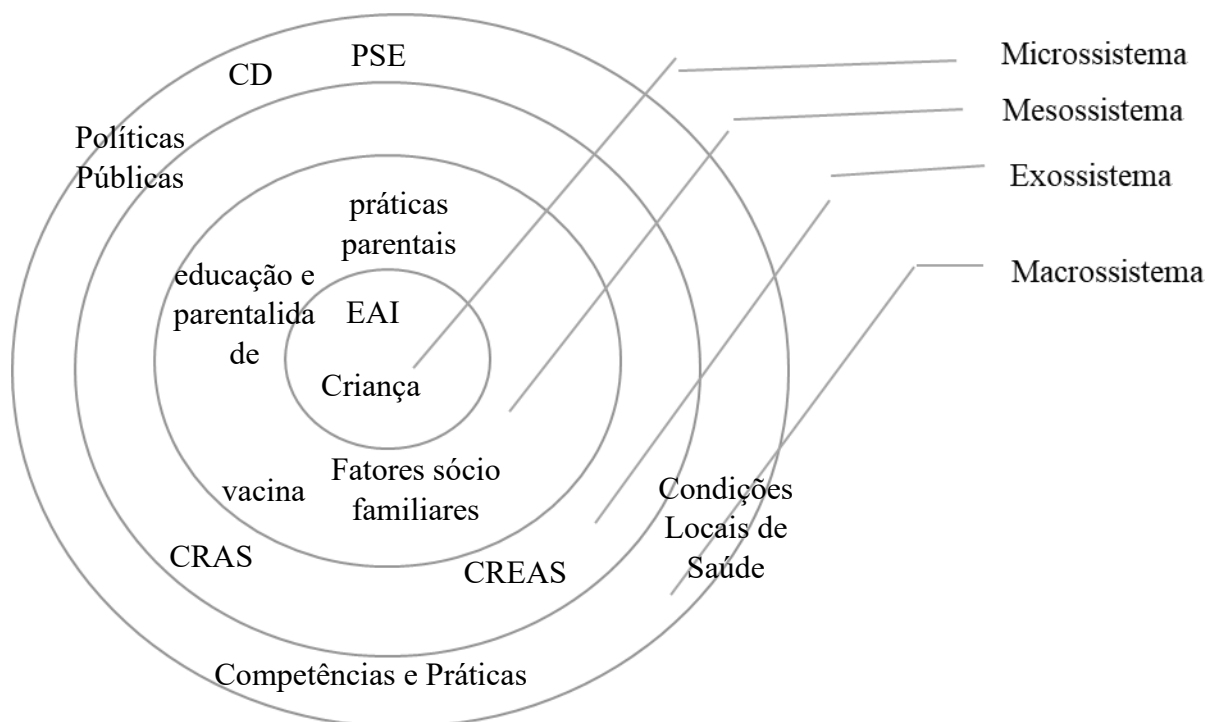
E nos nossos eixos temáticos principais, que ilustram o local em que as condições adversas na infância e as competências práticas que os diversos profissionais de saúde atuam no modelo, o modelo Bioecológico enfatiza a importância de compreender a interação entre os indivíduos e seu ambiente em relação à saúde. Nesse contexto, as competências e as condições locais desempenham um papel crucial na formação dos resultados de saúde.

As competências referem-se às rotinas, conhecimentos e habilidades que os indivíduos possuem, que podem influenciar seus comportamentos e resultados de saúde. Por exemplo, uma pessoa com conhecimento das notificações de violências da rede de atenção às crianças em saúde pode estar melhor equipada para navegar no sistema de saúde e tomar decisões informadas sobre sua saúde, acionar a equipe e auxiliar os pais e cuidadores, diminuindo o risco de submeter a criança ao processo de revitimização e de aumentar as suas fragilidades nas condições adversas na infância.

As condições locais, como acesso a cuidados de saúde, disponibilidade de opções de alimentos saudáveis e exposição a poluentes ambientais, também podem ter um impacto significativo nos resultados de saúde. Por exemplo, indivíduos que vivem em áreas com péssimas condições de moradia, assentamentos e esgotos a céu aberto, podem estar em maior risco de desenvolver doenças, como diarreias, entre outras.

Portanto, tem-se a construção da matriz analítica, dentro do modelo a seguir, como fatores de risco e de proteção, a partir do Modelo Bioecológico de Desenvolvimento Humano.

Tabela 7 – Matriz analítica de fatores de risco e de proteção, a partir do Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner



Elaborado pela autora (2023).

Políticas públicas são essenciais para lidar com experiências adversas na infância e promover um ambiente saudável para o desenvolvimento das crianças. O modelo Bioecológico enfatiza a importância do ambiente e reconhece a influência dos diferentes contextos, desde o nível micro (família e escola) até o nível macro (sociedade e cultura) no desenvolvimento das crianças. Políticas públicas que enfoquem nesses diferentes contextos podem ajudar a prevenir experiências adversas na infância e promover fatores de proteção para o desenvolvimento infantil. A atenção às políticas públicas é crucial para lidar com as experiências adversas na infância e promover um ambiente saudável para o desenvolvimento das crianças.

O modelo Bioecológico de Bronfenbrenner enfatiza a importância do ambiente e reconhece a influência dos diferentes contextos, desde o nível micro, como a família e a escola, até o nível macro, abrangendo a sociedade e a cultura, no desenvolvimento das crianças. Dessa forma, as políticas públicas que abordem esses diversos contextos podem desempenhar um papel fundamental na prevenção das experiências adversas na infância e na promoção de fatores de proteção para o desenvolvimento infantil.

Ao abordar os diferentes níveis ambientais que impactam a infância, é importante considerar as interações que ocorrem no mesossistema. Por exemplo, a interação entre a família e a escola pode desempenhar um papel significativo no desenvolvimento

socioemocional da criança. Portanto, políticas que promovam a colaboração e a comunicação efetiva entre esses microssistemas podem fortalecer a proteção e o bem-estar da criança.

Outro fator relevante são os elementos do exossistema, que embora não diretamente vivenciados pela criança, influenciam sua vida indiretamente. Isso inclui políticas sociais, sistemas de assistência social e medidas de segurança pública. Uma alimentação saudável, por exemplo, pode ser um fator de proteção importante para o desenvolvimento infantil. Ações intersetoriais, como as implementadas nos CREAS e CRAS, podem contribuir para o enfrentamento das violências e a promoção de um ambiente mais seguro e favorável para as crianças.

As competências práticas dos profissionais de saúde também desempenham um papel crucial na promoção da saúde e no enfrentamento das experiências adversas na infância. Ao estar ciente das notificações de violência e das estratégias de proteção, os profissionais podem desempenhar um papel essencial ao auxiliar os pais e cuidadores na proteção das crianças. O acesso adequado a cuidados de saúde e disponibilidade de alimentos saudáveis são fatores cruciais para o desenvolvimento saudável da criança e seu bem-estar geral. Nesse contexto, políticas públicas que assegurem um acesso equitativo a esses recursos desempenham um papel essencial na promoção da saúde infantil. Garantir o acesso a cuidados médicos de qualidade e a uma alimentação adequada não apenas previne doenças e promove o crescimento adequado, mas também contribui para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das crianças. Ao focar em iniciativas que busquem eliminar disparidades e barreiras no acesso aos serviços de saúde e a alimentos nutritivos, as políticas públicas podem estabelecer bases sólidas para uma infância mais saudável e para a construção de uma sociedade mais inclusiva e próspera no futuro

Considerações Finais

Neste estudo, enfatizamos a importância de fortalecer a conexão entre profissionais, usuários e serviços, reconhecendo a relevância dos determinantes do desenvolvimento saudável na infância e examinando os conceitos de experiências adversas vivenciadas nessa fase, juntamente com as políticas públicas brasileiras direcionadas à primeira infância. Também fornecemos um breve panorama histórico das políticas públicas brasileiras voltadas para crianças, identificando avanços nos modos de cuidado oferecidos a esse público.

É evidente que houve uma transformação na compreensão do conceito de infância atualmente, reconhecendo as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e enfatizando a necessidade de uma proteção integral. No entanto, apesar dos avanços nos direitos e nas políticas de assistência, ainda existe uma discrepância entre as leis e a realidade percebida. Identificamos lacunas significativas no acesso aos direitos fundamentais das crianças.

Neste contexto, a importância do fortalecimento do trabalho em equipe na área da saúde também se revela como um elemento crucial para a integralidade do cuidado e atendimento à criança e sua família. Como mencionado por Marinus et al (2022), a atuação em equipe envolve a articulação de diversos saberes e intervenções dos profissionais de saúde, e a fragilidade nesse aspecto pode comprometer seriamente a qualidade do cuidado prestado. A promoção de uma maior articulação e colaboração entre os profissionais que atuam com crianças, incluindo a psicologia, é fundamental para oferecer um cuidado mais abrangente, efetivo e centrado no paciente, diminuindo a falta de confiança entre os membros da equipe e aprimorando a experiência do atendimento para as famílias envolvidas.

Além disso, o investimento em políticas públicas direcionadas para a primeira infância torna-se essencial, considerando o cenário atual de precarização e o desmonte da saúde pública no Brasil. O monitoramento e implementação efetiva dessas políticas devem ser prioridades, com o objetivo de garantir o pleno exercício dos direitos fundamentais das crianças. Tais políticas devem incluir programas de proteção social, acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, garantia de nutrição adequada e estímulo ao desenvolvimento infantil, fornecendo um ambiente propício para o crescimento saudável e a promoção da saúde mental na primeira infância.

A atuação da Psicologia nesse contexto mostra-se de extrema importância. Profissionais da Psicologia possuem um papel fundamental no atendimento da comunidade, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, a Psicologia pode contribuir

significativamente para a promoção do desenvolvimento saudável das crianças e para o enfrentamento de desafios socioemocionais que possam surgir nessa fase crucial da vida.

É imprescindível que as barreiras que impedem o acesso pleno aos direitos fundamentais das crianças sejam identificadas e abordadas de forma efetiva. A luta contra a fome e a redução das desigualdades sociais devem estar no cerne das políticas públicas, garantindo que todas as crianças tenham acesso equitativo aos serviços públicos essenciais para seu desenvolvimento pleno e saudável.

Dessa forma, ao fortalecer o trabalho em equipe, investir em políticas públicas para a primeira infância e promover a atuação efetiva da Psicologia no atendimento à comunidade, será possível alcançar avanços significativos no cuidado integral à infância, assegurando o bem-estar e o desenvolvimento saudável das crianças, assim como o pleno exercício de seus direitos fundamentais. Somente através do esforço coletivo e comprometido será possível construir uma sociedade mais justa e acolhedora para as futuras gerações.

Por fim, reconhecemos as limitações deste estudo, que se baseia em análises de cenários específicos de equipes de saúde e pode não refletir processos semelhantes vivenciados por outras equipes. Essas considerações finais apontam tanto as limitações da pesquisa quanto as possibilidades para futuras investigações. Há a necessidade de aprofundar o entendimento sobre as lacunas no acesso aos direitos das crianças e explorar abordagens mais efetivas para fortalecer o trabalho em equipe, visando promover uma maior integralidade no cuidado oferecido a esse público vulnerável e suas famílias.

Referências Bibliográficas

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack, (Orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental* (pp. 54-74). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- de Alencar Rocha, M. F., de Alencar Bezerra, R. E., de Almeida Gomes, L., Mendes, A. L. D. A. C., & de Lucena, A. B. (2022). Consequências do uso excessivo de telas para a saúde infantil: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 11(4), e39211427476-e39211427476.
- Almeida, R. B. (2010). *Concepções de Criança em Goiânia sob o olhar da assistência social*. (Dissertação de Mestrado em Educação). Recuperado de: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/1988/1/Dissertacao%20Renato%20Barros%20de%20Almeida%202010.pdf>
- Alvarenga, P.; Oliveira, J. M.; Lins, T. C. S. (2018). *Reflexões sobre a parentalidade no contexto de vulnerabilidade social no Brasil*. In: Pessoa LF, Mendes DMLF, Seidl-de-Moura, ML. *Parentalidade: diferentes perspectivas, evidências e experiências*. Curitiba: Appris Editora; p. 40-60.
- Alvarez, E., & Fernandez, L. (1991). El síndrome de burnout el desgaste profesional (II). Estudios empiricos de los profesionales gallegos del area de salud mental. *Asoc. Esp. Neuropsiquiatria*, 11(39), 73-266.
- Alvarez, A. P. E.; Viera, A. C. D.; Almeida, F. A. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-17.

- Andreotti, A. L. (2006). *A administração escolar na Era Vargas e no Nacional Desenvolvimentismo (1930-1964)*. Revista HISTEDBR, 102-123. Recuperado de: https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/4916/art8_22e.pdf
- Ariès, P. (1978). *História Social da Infância e da Família*. Tradução: D. Flaksman. 2ª Edição.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. D. V. C. D. (2009). *Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil*. Revista de Saúde Pública, 43, 92-100. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YgHGTdqj5qBr9ztPXqJtLTJ/?lang=pt>
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Curitiba: Juruá, 71-94.
- Azevedo, L. J. C. D., Féres-Carneiro, T., & Lins, S. L. B. (2014). *Sintoma infantil: efeito da transmissão psíquica?*. Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro), 36(31), 169-196. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v36n31/v36n31a09.pdf>
- Azevedo, M. B., & Alves, M. D. S. (2016). Abuso sexual intrafamiliar em adolescentes e suas reflexões.
- Banco Mundial. (2022). *Relatório de Pobreza e Equidade no Brasil: Mirando o futuro após duas crises*. Sumário Executivo. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Benetti, I. C., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, 9(16), 89-99.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed.

- Bissoli, M. D. F. (2005). *Educação e desenvolvimento da personalidade da criança: contribuições da Teoria Histórico-Cultural* (Tese de Doutorado). Recuperado de: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/102230/bissoli_mf_dr_mar.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90.
- Brandão, D. L., & Junior, G. A. (2017). A relação entre mães e filhos e a iniciação ao uso do álcool e outras drogas. *Psicologia e Saúde em debate*, 3(Supl. 1), 6-7.
- Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
- Brasil. (1990). Estatuto da Criança e Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília.
- Brasil. (2000). A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. (2006). Decreto-Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 de setembro de 2006.
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica; Saúde na escola. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores

e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília.

Brasil. (2011). Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Acolhimento a demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, n.28, v.1.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Recuperado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>

Brasil. (2013). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania organizadores: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri. – Brasília: Ipea. Recuperado de: <http://www.compaso.com.br/docs/pub25.pdf>

Brasil. (2015). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

Brasil. (2016). Políticas para a Primeira Infância. Lei n. 13.257, de 8 de Março de 2016. Brasília.

Brasil. (2018). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Recuperado de: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>

Brasil. (2019). Lei nº 13.960, de 19 de dezembro de 2019. Biênio da primeira infância do Brasil no período de 2020-2021. Brasília.

- Brasil. (2020). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde: versão 9. Brasília. Recuperado de: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
- Brasil. (2021). Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021. Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil. Brasília.
- Brasil. (2021). Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Mortalidade* [Internet]. Brasília. Recuperado de: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Brasil. (2023). Bolsa Família em março tem maior valor médio da história e investimento recorde. Recuperado de: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/assistencia-social/2023/03/bolsa-familia-em-marco-tem-maior-valor-medio-da-historia-e-investimento-recorde>
- Brasil. (2023). Covid-19 no brasil – Dados até 18/03/2023. Ministério da Saúde. Recuperado de: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
- Bresolin, A. M. B., & Sucupira, A. C. S. (2003). Caderno temático da criança. In *Caderno temático da criança* (pp. 287-287). Prefeitura do Município de São Paulo. Recuperado de: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/CadernoCrianca.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental research, public policy, and the ecology of childhood, *Child Development*, v. 45, p. 1-5.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bronfenbrenner, U. (2011). Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humano. A. Carvalho-Barreto (Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17(1), 77-93.
- Cabral, S. H. (2003). *Adolescentes em liberdade assistida: uma análise psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) Universidade Católica de Goiás. Goiânia-GO, Brasil.
- Cardoso, C. F., Rede, M., & de Araújo, S. R. R. (1998). Escravidão antiga e moderna. *Revista Tempo*, 3(6), 9-15.
- Carvalho, E. B. (2012). A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Estratégia Saúde da Família. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Recuperado de: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/12970/1/EMANOELA%20%20CARVALHO%20-%20PPGSCA-CCS%20-%202012.pdf>
- Carvalho, C., & Martins, E. (2022, 22 março). País tem uma das mais baixas coberturas vacinais dos últimos 20 anos e pode viver retorno de doenças erradicadas. O Globo. <https://oglobo.globo.com/saude/pais-tem-uma-das-mais-baixas-coberturas-vaciniais-dos-ultimos-20-anos-pode-viver-retorno-de-doencas-erradicadas-25442443>
- Cela, M.; Oliveira, I. F. (2015). O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. *Estudos de Psicologia*, v. 20, n. 1, p.31-39, jan/mar.
- Cenci, A. (2015). A retomada da defectologia na compreensão da teoria histórico-cultural de vygotsky. In: reunião nacional da anped, 37., 2015, Florianópolis. Anais... Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. p. 1-17. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-gt20-3680.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2022.

- Chambouleyron, R. (1999). Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. *História das crianças no Brasil*, 6, 55-83.
- Cohn, J. F., & Tronick, E. Z. (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child development*, 185-193.
- Coll, C.; Marchesi, A.; Palacios, J. e cols. (2004). Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, v.1.
- Conass. (2019). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde. Recuperado de: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-dasdemandas-de-saude/>
- da Costa, J. P. D. C., Moreira, F. E. D., Mello, A. L. B., & Vieira, J. E. B. (2022). Equipes de saúde da família inconsistentes e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 3189-3201.
- Costa, A. C. P. (2012). As políticas de proteção a infância e adolescência e a educação: reflexões a partir da década de 1920. In *Proceedings of the 4th. Congresso Internacional de Pedagogia Social IV Congresso Internacional de Pedagogia Social*.
- da Mata, I. R. S., Dias, L. S. C., Saldanha, C. T., & de Almeida Picanço, M. R. (2020). As implicações da pandemia da COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças.
- da Silva Santos, G., & Lima, L. A. G. (2022). Análise do trauma psíquico na produção psicanalítica contemporânea. *Research, Society and Development*, 11(3), e44311326842-e44311326842.
- da Silva, O. H. F., & de Moraes, W. B. (2020). ENSAIO: Traumas afortalecidos pela pandemia da Covid-19: As Experiências Adversas na Infância e a relação criança-trauma. *Revista Interdisciplinar Sulear*.

- Dalbem, J. X. & Dell’Aglío, D. D. (2005). Teoria do Apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.
- Damasceno, Á. D. S. R. (2021). Desafios na atuação da psicologia na atenção básica à saúde.
- Danese, A., & Tan, M. (2014). Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 19(5), 544-554.
- de Azevedo Mazza, V., & Chiesa, A. M. (2008). *Necessidades da família no desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde* (Tese de Doutorado). *Revista Brasileira de Enfermagem Online*, 7 (3). Recuperado de: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-24012008-152555/publico/Veronica_Mazza.pdf
- Dell’Aglío, D. D., Santos, S. S. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: reações maternas. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25, 085-092.
- Donalisio, M. R., Boing, A. C., Sato, A. P. S., Martinez, E. Z., Xavier, M. O., Almeida, R. L. F. D., ... & Matijasevich, A. (2023). Vacinação contra poliomielite no Brasil de 2011 a 2021: sucessos, reveses e desafios futuros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 337-337.
- Elia, L. (2010). O sujeito da psicanálise e a ordem social. *Sujeito do direito, sujeito do desejo: direito e psicanálise*, 3, 135-144.
- Erzurumlu, R. S., & Gaspar, P. (2012). Development and critical period plasticity of the barrel cortex. *European Journal of Neuroscience*, 35(10), 1540-1553.
- Faleiros, E. T. S. (1995). *A criança e o adolescente: objetos sem valor no Brasil Colônia e no Império*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Ed. Universitária Santa Úrsula, Amais Livraria e Editora.

- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child abuse & neglect*, 85, 174-179.
- Fiocruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente.
- Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa / Uwe Flick: tradução Joice Elias Costa. – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, F. F., Sena, R. K. R., Santos, R. L. A. D., Dias, O. V., & Costa, S. D. M. (2013). As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(2), 258-264.
- Frabboni, F. (1998). A escola infantil entre a cultura da infância e a ciência pedagógica e didática. ZABALZA, Miguel A. *Qualidade em Educação Infantil*. Porto Alegre. Artmed.
- Franke, H. A. (2014). Estresse tóxico: efeitos, prevenção e tratamento. *Crianças*, 1 (3), 390-402.
- Fraser Mustard, J. (2009). Early Human Development – Equity from the Start – Latin America. *Revista Latino americana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2), 639-680. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000200004&lng=en&tlng=en
- Fundação Abrinq. (2022). *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2022*. 1ª edição. Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente. São Paulo. Recuperado de: https://fadc.org.br/sites/default/files/2022-03/cenario-da-infancia-e-adolescencia-no-brasil-2022_0.pdf
- Furtado, M. E. M.; Carvalho, L. B. (2015). O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. *Revista Psicologia e Saúde*. Campo Grande, v. 7, n.1, p. 09-17, jan/jun.

- Garbarino, J., & Eckenrode, J. (1999). El significado del maltrato. In J. Garbarino, & J. Eckenrode (Orgs.), *Porque las familias abusan de sus hijos* (pp. 15-44). Barcelona: Granica.
- Gibbs, G. (2009). *Análise dos dados qualitativos* Porto Alegre: Artmed; *Coleção pesquisa qualitativa*.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*—12. Reimpressão.—São Paulo: Atlas, 2009. _ . *Como elabora projetos de pesquisa*./5. Ed.—São Paulo: Atlas.
- Goiás (2019). Rede intersetorial de atenção às pessoas em situação de violências guia orientador para gestores 2019. Secretária de Estado da Saúde de Goiás. Recuperado de: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/uploads/2016/10/guia-orientador-rede-de-violencias-2.pdf
- Goldstein, K., Vatalaro, A., & Yair, G. (2017). Parent-based early childhood interventions do make a difference! A rebuttal to See and Gorard (2015a). *Journal of Children's Services*.
- Gomides, L. (2021). Estratégia de Saúde da Família atende mais de 460 mil usuários na capital. Prefeitura de Goiânia-Goiás. Publicado em: 18 de junho de 2021. Recuperado de: <https://www.goiania.go.gov.br/estrategia-de-saude-da-familia-atende-mais-de-460-mil-usuarios-na-capital/>
- Gunnar, M. R. (2000). Early adversity and the development stress reactivity and regulation. In C.A Nelson (Ed), *The effects of early adversity on neurobehavioral development* (pp. 163- 200). London: LEA.
- Guzzo, R. S. L. (2001). Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia da escola: desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In Z. A. P. Del Prette (Org.), *Psicologia escolar e educacional, saúde e qualidade de vida: explorando fronteiras* (pp.25-42). Campinas: Alínea.

- Habigzang, L. F., Hohendorff, J. V. & Koller, S. H (2012). Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, São Paulo, 23, 395-415.
- Habigzang, L. F., Hohendorff, J. V. & Koller, S. H. (2015). Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicologia: ciência e profissão*, 35, 182-198.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H. & Ramos, M. S. (2011). A revelação de abuso sexual: as medidas adotadas pela rede de apoio. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 27, 467-473.
- Haggerty, R. J., Sherrod, L. R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children: process, mechanism sand interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Hendry, A., Gibson, S. P., Davies, C., Gliga, T., McGillion, M., & Gonzalez-Gomez, N. (2022). Not all babies are in the same boat: Exploring the effects of socioeconomic status, parental attitudes, and activities during the 2020 COVID-19 pandemic on early Executive Functions. *Infancy*, 27(3), 555-581.
- Henick, A. C., & Faria, P. M. F. D. (2015). História da infância no Brasil. In *Anais: XII Congresso Nacional de Educação–EDUCERE. IX Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar–ENAEH. III Seminário Internacional de Representações Sociais-Educação–SIRSSE. V Seminário Internacional Sobre Profissionalização–SIPD-Cátedra UNESCO*, Curitiba: PUCPR (pp. 25824-25834).
- Holly, L. E., Chiapa, A. M. A. N. D. A., & Piña, A. A. (2014). Evidence-based treatments for mental, emotional, and behavioral problems in ethnic minority children and adolescents. *Comprehensive evidence based interventions for children and adolescents*, 43-52.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019) Cidades e Estados. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Rio de Janeiro. Recuperado de: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2021). Nota técnica: impactos da pandemia na alfabetização de crianças. Todos pela Educação. Recuperado de: <https://todospelaeducacao.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2022/02/digital-nota-tecnica-alfabetizacao-1.pdf>
- Jacob, G. et al. (2019). Adverse childhood experiences: Basics for the Paediatrician. *Paediatrics & childhealth*, v. 24, n. 1, p. 30-37.
- Kimple, K. S.; Kansagra, S. M. (2018). Respondin to Adverse Childhood Experiences It Takes a Village. *North Carolina medical journal*, v. 79, n. 2, p. 95-98.
- Krug, E. G. et al. (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- Kuller, J. D. A. B. (2009). Infância: discutindo o termo pelo viés da história.
- Lasswell, H. D. (2018). *Politics: Who gets what, when, how*. Pickle Partners Publishing.
- Leitão, F. N. C., Ferreira, C. R. T., de Abreu, K. L., de Deus, M. B. B., Junior, H. M., & de Deus Moraes, M. J. (2021). Efeitos do isolamento social gerado pelo Covid-19 na qualidade de Vida da população em duas cidades brasileiras. *Journal of Human Growth and Development*, 31(3), 405.
- Levcovitz, E., & Garrido, N. G. (1996). Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família*, 3-9.
- Linhares, M. B. M., & Enumo, S. R. F. (2020). Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37.
- Macêdo, K. B. (2014). O trabalho com o desamparo e o trauma na clínica psicanalítica. *EDUCAmazônia*, 13(2), 185-202.

- Maia, J. M. D., & de Albuquerque Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia, 13*(2), 91-103.
- Maida, M. J. D. (2018). Origens do Estatuto da Criança e do Adolescente: a influência de comunidades epistêmicas na formulação da Lei n. 8.069/90 (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo)
- Main, M. & Solomom, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings. (Orgs.). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: University Press.
- Marinho, G. L., Borges, G. M., Paz, E. P. A., & Santos, R. V. (2019). Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem, 72*, 57-63.
- Marinus, M. W. D. L. C., da Silva, L. A., de Santana, J. C., Soares, A. K. F., & da Silva Barros, M. (2022). Conhecimentos e Práticas de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre Promoção do Desenvolvimento Infantil. *New Trends in Qualitative Research, 13*, e640-e640.
- Martinez, J. F. N., Silva, M. S., & Silva, A. M. (2016). O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. *Saúde em Debate, 40*, 95-106.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estudos e pesquisas em Psicologia, 4*(1), 0-0.
- Martins, M. I. S. (2020). Experiências adversas na primeira infância e desenvolvimento neuropsicomotor: abordagem populacional no Ceará.

- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child abuse & neglect*, 69, 10-19.
- Muller, C., Mendes, F. A. A., Gomes, P. M., Lucena, R. C. S. (2017). O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância.
- Murta, S. G., Gunther, I. A., & Guzzo, R. S. L. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental no curso de vida: indicadores para a ação – Prevenção e Promoção em Saúde Mental, Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção. Editora: Sinopsys.
- Naudeau, S., Kataoka, N., Valerio, A., Neuman, M. J., & Elder, L. K. (2010). Como investir na primeira infância: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. *Tradução Paola Morsello. Washington, DC: The World Bank.*
- Nóbrega, M. D., & Leite, S. (1956). Cartas dos primeiros jesuítas do Brasil (1538-1553).
- Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) (2021). SRAG: Síndrome respiratória aguda grave em gestantes e puérperas. Recuperado de: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/
- Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr) (2022).
- Oliveira, E. R. D. (2005). A ideia de império e a fundação da monarquia constitucional no Brasil (Portugal-Brasil, 1772-1824). *Tempo*, 9(18), 43-63.
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., ... & Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric research*, 79(1), 227-233.
- Papalia, D. & Olds, S. (2000). Desenvolvimento Humano. (D. Bueno, trad.) Porto Alegre: Artmed

- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12ª edição. Editora: AMGH Ltda.
- Passetti, E. (1999). Crianças carentes e políticas públicas. *História das crianças no Brasil*, 7, 346-375.
- Pedrosa, A. R. G. (2018). Experiências adversas na infância-consequências psicopatológicas e a importância de uma boa orientação.
- Penssan, R. (2021). VIGISAN Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. *Rio de Janeiro: Rede Penssan*.
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. Grupo Editorial Summus.
- Pimentel, M., Filipe, D., & Santoro, F. M. (2018). Metodologia de Pesquisa Científica em Informática na Educação: Concepção de Pesquisa. Vol. 3.
- Pinto Junior, A. A.; Cassepp-Borges, Santos, J. G. (2015). Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 23(2):124-31. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-124.pdf>
- Pizutti, J. M. (2012). A constituição do sujeito na psicanálise. Em: Monografia Curso Psicologia, Departamento de Humanidades e Educação (DHE). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí-RS, 2012, (p. 12-25).
- Poblacion, A. P., Marín-León, L., Segall-Corrêa, A. M., Silveira, J. A., & Taddei, J. A. D. A. C. (2014). Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1067-1078.
- Polejack, L. et al. (2015). Atuação do Psicólogo nas Políticas Públicas de Saúde: caminhos, desafios e possibilidades. In: POLEJACK, L. et al. (Orgs.). *Psicologia e Políticas Públicas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida. p.97-126.

- Prado, S. R. L. D. A., Fujimori, E., & Cianciarullo, T. I. (2007). A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16, 399-407.
- Purewal Boparai, SK, Burke Harris, N., & Bucci, M. Oh, DL, Jerman, P., Silvério Marques, S., Koita, K., (2018). Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC pediatrics*, 18(1), 1-19.
- Ramos, F. P. (1997). Os problemas enfrentados no cotidiano das navegações portuguesas da carreira da Índia: fator de abandono gradual da rota das especiarias. *Revista de História*, (137), 75-94.
- Rangé, B. (2001). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. In *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 567-567).
- Rizzini, I. & Dawes, A. (2001). Editorial on cultural diversity and childhood diversity. *Childhood*, 8: 811-828.
- Rizzini, I. (1995). Crianças e menores: do pátrio poder ao pátrio dever. Um histórico da legislação para a infância no Brasil. *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*, 2, 97-149.
- Rizzini, I. (2000). *A criança e a lei no Brasil: revisitando a história, 1822-2000*. UNICEF.
- Ruiz, J. M. & Marttioli, O. C. (2003). Violência psicológica: uma análise apoiada no olhar e na escuta de conselheiros tutelares. *Perfil & Vertentes*, 15, 110-121.
- Ruppel, C., Hansel, A. F., & Ribeiro, L. (2021). Vygotsky e a defectologia: contribuições para a educação dos estudantes com deficiência nos dias atuais. *Revista Diálogos e Perspectivas em Educação Especial*, 8(1), 11-24.

- Samhsa (2017). Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Adverse Childhood Experience. Recuperado de: <https://www.samhsa.gov/capt/practicing-effective-prevention/preventiobehavioralhealth/adverse-childhood-experiences>>
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., & Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. *Pediatrics*, 79(3), 343-350.
- Santos, J. M., Oliveira, E. B., & Moreira, A. C. (2006). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Rev. de Enfermagem*, 14(4), 580-585.
- Santos, J. S., & Yakuwa, M. S. (2015). A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped.[Internet]*, 15(1), 38-43.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em estudo*, 10, 209-216
- Scarano, J. (1999). Criança esquecida das minas Gerais. *História das crianças no Brasil*, 7, 107-136.
- Schiavo, a. A. N., & Ribó, c. M. E. (2007). Estimulando todos os sentidos de 0 a 6 anos. In *seminário do congresso de leitura do brasil* (vol. 16).
- Shaffer, D. R., Kipp, K., Wood E., & Willoughby T. (2013). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. (4th. ed.). Toronto: Nelson.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., ... & Committeeon Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Silva, C. F. (2022). Implicações do contexto da pandemia da Covid-19 na prática do aleitamento materno na atenção básica: percepções das mulheres lactantes - João Pessoa. Dissertação de Mestrado. Recuperado de: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/26091/1/ClarianaFalc%c3%a3oSil>

[va_Dissert.pdf](#)

- Silva, R. D. O. (2017). Influência da condição socioeconômica na qualidade da estimulação domiciliar de crianças.
- Soares, J. P., Oliveira, N. H. S. D., Mendes, T. D. M. C., Ribeiro, S. D. S., & Castro, J. L. D. (2022). Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. *Saúde em debate*, 46, 385-398.
- Soares, A. (2016). *Experiências Adversas na Infância e as suas influências sobre a composição corporal na adolescência* (Doctoral dissertation, Tese de Doutorado, Faculdade de medicina]. Centro de Epidemiologia UFPEL
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2007). O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância. Departamento científico de pediatria do desenvolvimento e comportamento. Nº 3, junho de 2017.
- Souza, J. M. D., & Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23, 1097-1104.
- Stochero, L., Moraes, C. L., Marques, E. S., Santos, E. B. D., Pacheco, D. L., Reichenheim, M. E., & Taquette, S. R. (2021). Prevalência e coocorrência de Experiências Adversas na Infância: um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4115-4127.
- Sudbrack, U. G. (2004). O extermínio de meninos de rua no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 18, 22-30.
- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciencia & saude coletiva*, 25, 3465-3474.
- Teixeira, R. C. (2011). Eventos estressores na infância e apego adulto (Dissertação de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Salvador).

- Unicef. (2000). Um mundo para as crianças: relatório da sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre a criança: as metas das Nações Unidas para o milênio.
- Unicef. (2007). *Law Reform and Implementation of the Convention on the Rights of the Child*. UNICEF Innocenti Research Centre.
- Valentin, A.; Muntian, A. G.; Vaz, J. C.; Peres, U. D.; Urquidi, D. G. F. D. (2022). Políticas públicas e Covid-19: a experiência brasileira. São Paulo: Edições EACH.
- Van Der Veer, R., & Valsiner, J. (1996). *Vygotsky – uma síntese*. Edições Loyola.
- Vieira, A. M. (2015). Violência intrafamiliar: uma visão psicanalítica das possíveis consequências no desenvolvimento infantil.
- Vieira, L. J. E. D. S., Oliveira, A. K. A., Moreira, D. P., Pereira, A. D. S., Catrib, A. M. F., & Lira, S. V. G. (2015). Relatos de gestores da Assistência Social, Educação e Segurança Pública sobre o enfrentamento da violência. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23, 231-238.
- Vigotskii, L. S. (2012). Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem/ Lev Semenovich Vigotskii, Alexander Romanovich Luria, Alex N. Leontiev; tradução de: Maria da Pena Villalobos. -12ª edição - São Paulo: ícone, 2012. (Coleção Educação Crítica) Seleção de: José Cipolla-Neto, Luiz Silveira Menna-Barreto, Maria Thereza Fraga Rocco, Marta Kohl de Oliveira.
- Viola, T. W., Salumb, G. A., Kluwe-Schiavona, B., Vieira, B. S., Levandowski. M. L., Oliveira, R. The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire: A worldwide meta-regression analysis. *Child abuse & neglect*, 2016, 51: 1-11.
- Vygotsky, L. S.; Luria, A. R. (1996). A criança e seu comportamento. A história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Vygotsky, Lev S. (1986). *Psicologia concreta do homem*. Manuscrito inédito de Vygotsky. Texto russo copyright pela Universidade de Moscou, Vestn. Mosk. Un-ta Ser. 14, Psikhologiya, n. 1, p. 51-64.
- Waikamp, V., & Barcellos Serralta, F. (2018). Repercusiones del trauma em la infância em la psicopatología de la vida adulta. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 137-144.
- World Bank. (2022). *Brazil Poverty and Equity Assessment: Looking Ahead of Two Crises*. World Bank. Recuperado de: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/19298bfa-067d-504c-8e34-00b20e3139d2/content>
- Xavier, A. S., & Nunes, A. I. B. (2015). Psicologia do desenvolvimento. *História*, 9, 3.
- Yunes, M. A. M., & Juliano, M. C. (2010). A bioecologia do desenvolvimento humano e suas interfaces com educação ambiental. *Cadernos de educação*, (37).
- Zavaroni, D. D. M. L., & Viana, T. C. (2015). Trauma e Infância: considerações sobre a vivência de situações potencialmente traumáticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31, 331-338.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **Avaliação Prospectiva do Desenvolvimento da Primeira Infância junto à Estratégia Saúde da Família em Goiânia-GO**. Meu nome é _____ e faço parte da equipe que desenvolve esta pesquisa. Após ler este termo com atenção, ser esclarecida(o) sobre as informações do estudo, ter retirado todas as suas dúvidas, e caso aceite fazer parte do estudo, por favor, assine este documento, que está em duas vias, sendo que uma será para você e a outra para os pesquisadores.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode me procurar pelo telefone _____ ou a Profa. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa pelo e-mail lsucasas@ufg.br ou pelo telefone (62) 99138-1437 (inclusive com possibilidade de ligações a cobrar). Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFG pelo telefone (62) 3521-1215, de segunda a sexta-feira, no período matutino.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Nesta pesquisa, nós queremos **conhecer como é a implementação de políticas e programas que acompanham o desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos**, conhecido como “desenvolvimento na primeira infância” (DPI), a partir do conhecimento e experiência da equipe de saúde da família. Para isso, faremos entrevistas audiogravadas, individuais, baseadas em roteiro de perguntas abertas, que deverão durar, no máximo, 30 minutos. Caso você fique constrangido(a), pode se recusar a participar a qualquer momento.

A sua participação é voluntária e muito importante para ajudar as crianças. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar o poder público a promover o DPI, principalmente nas famílias mais vulneráveis.

As informações que você nos fornecer serão sigilosas, pois criaremos código para suas respostas e estas serão organizadas em um texto global com as respostas de todos os entrevistados. Os resultados da pesquisa serão publicados com sua identidade preservada.

Não haverá despesas pessoais ou gratificação financeira decorrente da participação. Caso ocorra algum dano, o direito a pleitear indenização para reparação imediato ou futuro, decorrentes da cooperação com a pesquisa está garantido em Lei.

Sempre que precisar, poderá tirar suas dúvidas com a equipe de pesquisa. Se você quiser desistir de participar após dar seu aceite, também não será prejudicado(a).

CONSENTIMENTO DE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____

_____, RG/CPF _____, concordo em participar da pesquisa

Avaliação prospectiva do desenvolvimento da primeira infância junto à estratégia da saúde da família em Goiânia-GO. Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, sobre o que vai ser feito, os possíveis benefícios e riscos e sobre o ressarcimento decorrente da participação da criança. Foi-me garantido que posso desistir a qualquer momento sem que a rotina da visita domiciliar seja prejudicada. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa anteriormente descrito.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Assinatura por extenso do(a) Participante:

Assinatura por extenso da Pesquisadora:

Apêndice B – Roteiro Semiestruturado

Modelo Teste:

Dados:

Gênero:

Idade:

Há quanto tempo trabalha como (ACS, enfermeiro, médico, coordenador...)?

Roteiro semiestruturado

- Conte-me sobre sua rotina de trabalho na unidade de saúde.
- O que vem a sua mente quando se fala em desenvolvimento da primeira infância (crianças de 0 a 5 anos)?
- Você conhece alguma política que enfoca o DPI? Se sim, como você vê a utilização da política aqui? (se não souber citar, mencionar - E o Programa CD? E o Programa PNAISC?)
- Qual o papel da ESF na abordagem do DPI junto às famílias?
- Vocês conseguem identificar situações de risco no DPI das crianças? (probe: nomear experiência adversas na 1º infância)
- Pensando no DPI, quais os pontos fortes e quais dificuldades da sua equipe?
- Você se sente capacitado para a utilização dessas políticas?
- Se você fosse gestor, o que faria para promover o DPI?
- Vocês fazem ações intersetoriais com creches, pré-escolas ou CRAS visando o DPI?
- Por favor, você tem alguma sugestão de documento que possa nos ajudar a compreender melhor sobre o DPI aqui na Unidade? Sugere outros trabalhadores ou gestores para entrevistarmos?

Apêndice C – Modelo Final

Roteiro semiestruturado

Dados:

Gênero:

Idade:

Nível de formação?

É mãe?

1. Há quanto tempo trabalha como (ACS, enfermeiro, médico, coordenador...)? Há quanto tempo está nesta unidade?

2. Como é sua rotina de trabalho nesta unidade de saúde? Que tipo de ações desenvolve junto às famílias? Você acha justificável priorizar ações para crianças, desde a gestação?

3. O que é o Programa CD (crescimento e desenvolvimento) para você? Quais os pontos fortes deste programa? Quais as barreiras para você realizar o CD? Fica satisfeita com os resultados que você alcança?

4. Você conhece alguma outra ação/programa/política que aborde o desenvolvimento na Primeira Infância (0 a 5 anos)?

5. Você acha que consegue promover o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 5 anos? Já ouviu falar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança?

6. O que você entende sobre o desenvolvimento da primeira infância (crianças de 0 a 5 anos) na sua realidade de trabalho?

7. Enfermeiro: Como vocês anotam os dados da Caderneta de Saúde? O desenvolvimento é um problema da realidade do setor? (Confirmem com as ACS também)

8. Quais problemas afetam as crianças do bairro? Você consegue identificar situações de risco ao desenvolvimento das crianças, aqui no bairro? Como você se porta, lida e sente em relação a isso?

9. Qual o papel da ESF na abordagem do DPI junto às famílias? E quais os pontos fortes e quais dificuldades da sua equipe?

10. Você se sente capacitado para a utilização de ações para promover o desenvolvimento integral das crianças? Se sim, como você aplica a(s) política(s)?

11. Se você fosse gestor, o que faria para promover o DPI? Sugere outros trabalhadores ou gestores para entrevistarmos?


Apêndice D – Análise de Conteúdo – Atlas.ti

The screenshot displays the Atlas.ti software interface for a project titled "Análise de Conteúdo do Estrela D'alva". The interface is in Portuguese and includes a menu bar (Arquivo, Início, Pesquisar & Codificar, Analisar, Importar & Exportar, Ferramentas, Ajuda) and a toolbar with various icons for document management and analysis. The left sidebar shows a project explorer with a search bar and a list of project elements: Documentos (19), Códigos (6), Memos (0), Redes (1), Grupos de Documentos (0), Grupos de Códigos (0), Grupos de Memos (0), Grupos de Redes (0), and Transcrições Multimídia (0). The main workspace features a large title "Análise de Conteúdo do Estrela D'alva", a subtitle "Codificação - Categorização e Síntese", and a "Visão Geral do Projeto" section. This section contains a table with the following data:

Elemento	Quantidade
Documentos	19
Códigos	6
Citações	167
Memos	0
Redes	1


Additional information in the "Visão Geral do Projeto" section includes: "Criado por Naraiana de Oliveira Tavares em 12/09/2022", "Última modificação em 28/09/2022", "Usuário atual Naraiana de Oliveira Tavares", and "Versão 22.2.4.0". The bottom status bar shows the time as 14:02.

Apêndice E – Google Formulários – Análise de Conteúdo



Análise de Conteúdo - Bardin

Todas as fases e entrevistas (Agentes Comunitárias de Saúde)

anaclaudiamateus2@gmail.com [Alternar conta](#) 

*Obrigatório

E-mail *

Seu e-mail

..