

Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica*

VULNERABILITY OF CHILDREN IN ADVERSE SITUATIONS TO THEIR DEVELOPMENT: PROPOSED ANALYTICAL MATRIX

VULNERABILIDAD DEL NIÑO DELANTE DE SITUACIONES ADVERSAS A SU DESARROLLO: PROPUESTA DE MATRIZ ANALÍTICA

Daniel Ignacio da Silva¹, Anna Maria Chiesa², Maria de La Ó Ramallo Verissimo³, Verônica de Azevedo Mazza⁴

RESUMO

Estudo teórico que teve como objetivo elaborar uma matriz conceitual para analisar a vulnerabilidade da criança diante de situações adversas para seu desenvolvimento. Propõe-se que vulnerabilidade da criança seja analisada por meio dos aspectos das dimensões *individual*, relativa a relações sustentadoras contínuas e proteção física e segurança; *social*, concernente à inserção social da família e ao acesso a direitos à proteção e promoção social, e *programática*, cenário político-programático, de diretrizes e implementação político-programáticas. A aplicação prática desta matriz permite a captação do processo saúde-doença para além da dimensão individual, possibilitando a articulação das políticas públicas e das ações dos profissionais, a fim de obter eficácia no atendimento às necessidades das crianças. O uso desse instrumento conceitual pode propiciar às equipes de saúde a apreensão, de forma específica, das situações adversas ao desenvolvimento infantil, bem como subsidiar a construção de planos de intervenção a partir das dimensões analíticas da vulnerabilidade.

DESCRIPTORIOS

Análise de vulnerabilidade
Desenvolvimento infantil
Saúde da criança

ABSTRACT

This theoretical study presents a conceptual matrix built to analyze the vulnerability of children in adverse situations to their development. It proposes that the vulnerability of children is analyzed by means of the following dimensions: *individual*, which is related to ongoing nurturing relationships, physical protection and security; *social*, which concerns the social insertion of family and access to rights of social protection and promotion; and *programmatic*, which involves the political-programmatic scenario and the guidelines and political-programmatic implementation. The practical application of this matrix allows apprehending the health-disease process beyond the individual dimension, enabling the articulation of public policies and actions of professionals to achieve effectiveness in meeting the needs of children. The use of this conceptual matrix can provide to health teams a specific understanding of the adverse situations to child development as well as subsidizing intervention plans based on the analytical dimensions of vulnerability.

DESCRIPTORS

Vulnerability analysis
Child development
Child health

RESUMEN

Este estudio teórico tuvo como objetivo elaborar una matriz conceptual para analizar la vulnerabilidad del niño delante de situaciones adversas para su desarrollo. Se propone que la vulnerabilidad del niño sea analizada a través de los aspectos de las dimensiones: *Individual* – relaciones sustentadoras continuas, y protección física y seguridad; *Social* – inserción social de la familia y acceso a los derechos, a la protección y a la promoción social; y *Programático* – escenario político-programático y directrices y realización político-programáticas. La aplicación práctica de esta matriz permite la captación del proceso salud-enfermedad más allá de la dimensión individual, posibilitando la articulación de las políticas públicas y de las acciones de los profesionales, con el objetivo de obtener eficacia en la atención de las necesidades de los niños. El uso de este instrumento conceptual puede propiciar en los equipos de salud la aprensión, de modo específico, de las situaciones adversas al desarrollo infantil, así como subsidiar para la construcción de planes de intervención a partir de las dimensiones analíticas de la vulnerabilidad.

DESCRIPTORIOS

Análisis de vulnerabilidad
Desarrollo infantil
Salud del niño

* Extraído da dissertação: "Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família", Universidade Federal do Paraná, 2012. ¹ Enfermeiro. Mestre. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. danigcol@gmail.com ² Enfermeira. Doutora. Professora Associada, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. amchiesa@usp.br ³ Professora Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. mdlover@usp.br ⁴ Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. mazzas@ufpr.br

INTRODUÇÃO

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

Dentro desse contexto, as metas para o desenvolvimento de uma criança não devem estar centradas apenas em sua sobrevivência física, mas também em aspectos de ordem social, emocional, cognitiva e de linguagem⁽²⁾. Tais demandas desafiam a sociedade a garantir às crianças todos seus direitos fundamentais, como proteção, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, cultura, entre outros. Todavia, tais objetivos somente podem ser alcançados se houver compromisso político e social que viabilize condições sociais, econômicas e materiais às famílias⁽³⁾.

O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo vital resultante da interação entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem, no qual ocorrem mudanças qualitativas nas funções do indivíduo, que podem ser notadas em suas habilidades e comportamentos nas dimensões física, intelectual, emocional e social⁽⁴⁾. Esse processo é influenciado pelo meio onde vivem a criança e sua família, meio este definido como um complexo de condições como acesso à saúde, nutrição, estimulação, educação, água potável, saneamento básico e o acesso da família a recursos materiais e educacionais⁽²⁻³⁾.

Nesta perspectiva, a atenção à saúde infantil deve ser organizada para reforçar aspectos que favoreçam e promovam a melhoria dos cuidados à criança, a partir do núcleo familiar, incluindo sua rede social de apoio e uma abordagem intersetorial, que inclua as instituições sociais públicas e privadas que garantam os direitos⁽⁴⁻⁵⁾. Além disso, necessita fundamentar-se em condutas eficazes que busquem superar as dificuldades para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis da criança, os quais podem expô-la à situação de vulnerabilidade^(3,6).

Vulnerabilidade pode ser apreendida como um conjunto de condições que tornam indivíduos e comunidades mais susceptíveis às doenças ou incapacidades, em decorrência de aspectos não apenas individuais, mas também sociais e programáticos⁽⁷⁾. Sua apreensão propicia que os profissionais de saúde reconheçam as necessidades de saúde e atuem no fortalecimento dos ambientes saudáveis de vida e do potencial de saúde da população para sua qualidade de vida⁽⁸⁾. Portanto,

seu reconhecimento permite a compreensão do processo saúde-doença e estimula as transformações nas práticas de saúde, como práticas sociais, históricas e intersetoriais⁽⁶⁾.

Ao utilizar a vulnerabilidade em seu cotidiano profissional, a equipe de saúde pode analisar criticamente suas práticas visando à integralidade da atenção e à complexidade da concepção de saúde⁽⁸⁾. Além do mais, a aplicação da vulnerabilidade no cuidado à criança permite a reorientação do modelo assistencial, para a superação do conceito biologicista e fragmentado de desenvolvimento infantil, contribuindo para a operacionalização do conceito da integralidade^(4,8).

Por ser a vulnerabilidade no desenvolvimento infantil complexa e influenciada por situações adversas multidimensionais, evidencia-se ser necessário que as intervenções para sua redução sejam de cunho multi e interdisciplinar e aplicadas com diferentes aportes teórico-metodológicos^(4,8,10).

Para apreender essa realidade é necessário dispor de instrumentos analíticos capazes de fazer o reconhecimento da vulnerabilidade⁽⁸⁾ no desenvolvimento da criança. Tais instrumentos são considerados *tecnologias de cuidado*⁽⁹⁾, pois sistematizam conhecimentos que subsidiam a equipe na identificação de situações adversas ao desenvolvimento infantil e permitem a compreensão da amplitude dos fenômenos da saúde, possibilitando proposições de intervenções mais específicas e direcionadas à condição de cada criança^(6,8). Assim, a tecnologia em saúde aqui proposta pode contribuir para a operacionalização do conceito de vulnerabilidade, permitindo a superação do modelo probabilístico de diagnóstico em saúde por um olhar direcionado às necessidades da criança e de sua família^(7-8,10).

Diante disso, este ensaio tem como objetivo apresentar uma proposta de matriz conceitual para analisar a vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ

A proposição do modelo de análise de que trata este artigo surgiu durante a realização de estudo exploratório-qualitativo que buscou compreender a vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da estratégia saúde da família.

O referido estudo, visando considerar a multidimensionalidade de aspectos que podem trazer prejuízos ao desenvolvimento da criança^(4,11) e as implicações para sua promoção, pretendia usar a matriz de vulnerabilidade elaborada por Ayres para a análise da vulnerabilidade à AIDS⁽⁷⁾. Contudo, verificou-se não ser possível utilizar

...a tecnologia em saúde aqui proposta pode contribuir para a operacionalização do conceito de vulnerabilidade, permitindo a superação do modelo probabilístico de diagnóstico em saúde por um olhar direcionado às necessidades da criança e de sua família.

esse constructo teórico, devido às especificidades da criança, como falta de autonomia no que diz respeito ao poder de decisão, entre outros aspectos que a diferenciam do adulto exposto ao agravo HIV, para o qual foi elaborada a referida matriz^(4,11). Tal lacuna demandou a formatação de uma matriz que permitisse a análise da vulnerabilidade de acordo com as especificidades do desenvolvimento infantil.

Em sua elaboração, levou-se em consideração que para a abordagem do conceito de vulnerabilidade deve-se buscar apreender a realidade específica dos sujeitos e das coletividades, analisando as seguintes condições: o sujeito, em que período do ciclo vital ocorre a vulnerabilidade e o tipo de agravo^(7,9).

Delineou-se como sujeito dessa construção teórica a criança de 0 a 3 anos, período sensível, sobretudo pela extrema dependência de cuidado para sua sobrevivência⁽⁴⁾. Nessa fase, a criança pode experimentar situações adversas, que, de acordo com a neurociência, biologia molecular, epigenética e ciências comportamentais e sociais, condicionarão seu sucesso educacional, sua capacidade de lidar melhor com as emoções, suas condições de saúde ao longo de sua vida, sua capacidade de produtividade econômica e seu papel como cidadão⁽¹²⁾.

A criança deve ser compreendida como um sujeito social que possui características e necessidades próprias, uma vez que o processo de desenvolvimento não é espontâneo, mas sim resultante das condições materiais de vida, interação entre a criança e seu meio físico, emocional e social. Portanto, seu desenvolvimento deve ser apreendido como um constructo histórico e social⁽³⁻⁴⁾.

O cuidado pode fortalecer o desenvolvimento infantil e dirimir as situações de iniquidades, porém essa tarefa não pode ser exclusiva dos familiares, mas compartilhada por meio de implementações de políticas públicas que promovam a proteção da criança e disponibilizem recursos para seus cuidadores^(3,5). Além disso, deve visar às necessidades essenciais da criança, proporcionando o alcance de seus potenciais intelectual, social, emocional e físico^(4,11).

Destacam-se as seguintes necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil: relações sustentadoras contínuas; proteção física, segurança e regulação; experiências que respeitem as características individuais da criança; experiências adequadas a seu desenvolvimento; estabelecimento de limites, organização e expectativas e comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural⁽¹¹⁾.

Tais necessidades estão relacionadas à sobrevivência e ao desenvolvimento integral do indivíduo, independente de sua etnia, classe social, condições físicas e mentais. A falta de provimento pode produzir situações adversas que, de forma irreversível ou não, podem prejudicar o desenvolvimento da criança⁽¹¹⁾. Existem evidências de que a adversidade significativa pode levar à ativação excessiva de sistemas de resposta ao estresse, incluindo os hormônios

do estresse, como o cortisol, que podem trazer prejuízos ao desenvolvimento cerebral⁽¹²⁾.

Com base nestas necessidades, buscou-se agrupar teoricamente as situações adversas ao desenvolvimento infantil segundo as dimensões da vulnerabilidade: *individual* – relações sustentadoras contínuas e proteção física e segurança, que são aquelas compostas de aspectos biológicos, comportamentais e afetivos^(7,11); *social* – inserção social da família e acesso aos direitos à proteção e promoção social, que são aquelas compostas de aspectos contextuais, econômicos e sociais^(3,7), e *programática* – cenário político-programático, diretrizes e implementação política-programáticas, que são as que expressam o modo e o sentido em que as políticas, programas, serviços e ações interferem no desenvolvimento infantil^(2,7).

Os aspectos citados são sintetizados na matriz analítica apresentada na Figura 1.

Com a finalidade de facilitar a interpretação da matriz descrita acima, apresentar-se-ão as situações adversas e sua relação com os possíveis prejuízos ao desenvolvimento infantil de acordo com as dimensões da vulnerabilidade:

Vulnerabilidade individual

Entende-se que, em sua dimensão individual, a criança pode ter prejuízos em seu desenvolvimento se ocorrer ausência ou insuficiência nas *relações sustentadoras contínuas*. As relações são sustentadoras quando representam relacionamentos que permitem à criança desenvolver um senso de confiança em si e em seu ambiente, aprender a conviver socialmente, desenvolver empatia pelo próximo em sua individualidade e almejar o alcance de coisas que são importantes para si. Sua ausência pode inibir o desenvolvimento do sistema nervoso central, alterando seu processo de aprendizagem e sua capacidade de se relacionar e repercutir para o conhecimento da criança quanto à importância da vida em sociedade e da cultura à qual pertence⁽¹¹⁾. Essas relações são influenciadas pela estrutura familiar da criança⁽¹¹⁾, os laços afetivos para com a criança⁽¹¹⁾ e a rede social de apoio ao desenvolvimento infantil⁽¹³⁾.

Entende-se que a criança, por meio das relações sustentadoras vividas com seus cuidadores e familiares, necessita do estabelecimento de limites, organização e expectativas, que a orientam para organizar suas atividades, demonstrar interesse pelas atividades cotidianas e a participar das atividades domésticas de acordo com sua idade e capacidade⁽¹¹⁾. Ela também precisa vivenciar experiências adequadas a seu desenvolvimento, que estão relacionadas aos estímulos recebidos pela criança desde o útero e durante os primeiros anos de vida, caracterizados pelo incentivo de brincadeiras de acordo com a idade e à promoção de períodos de recreação^(11,14). Considerando que o cérebro é formado por experiências de vida, os estímulos sensoriais (toque, som, visão, olfato, alimentos, entre outros) afetarão o desenvolvimento do sistema nervoso e suas funções durante toda a vida do ser humano^(12,15).

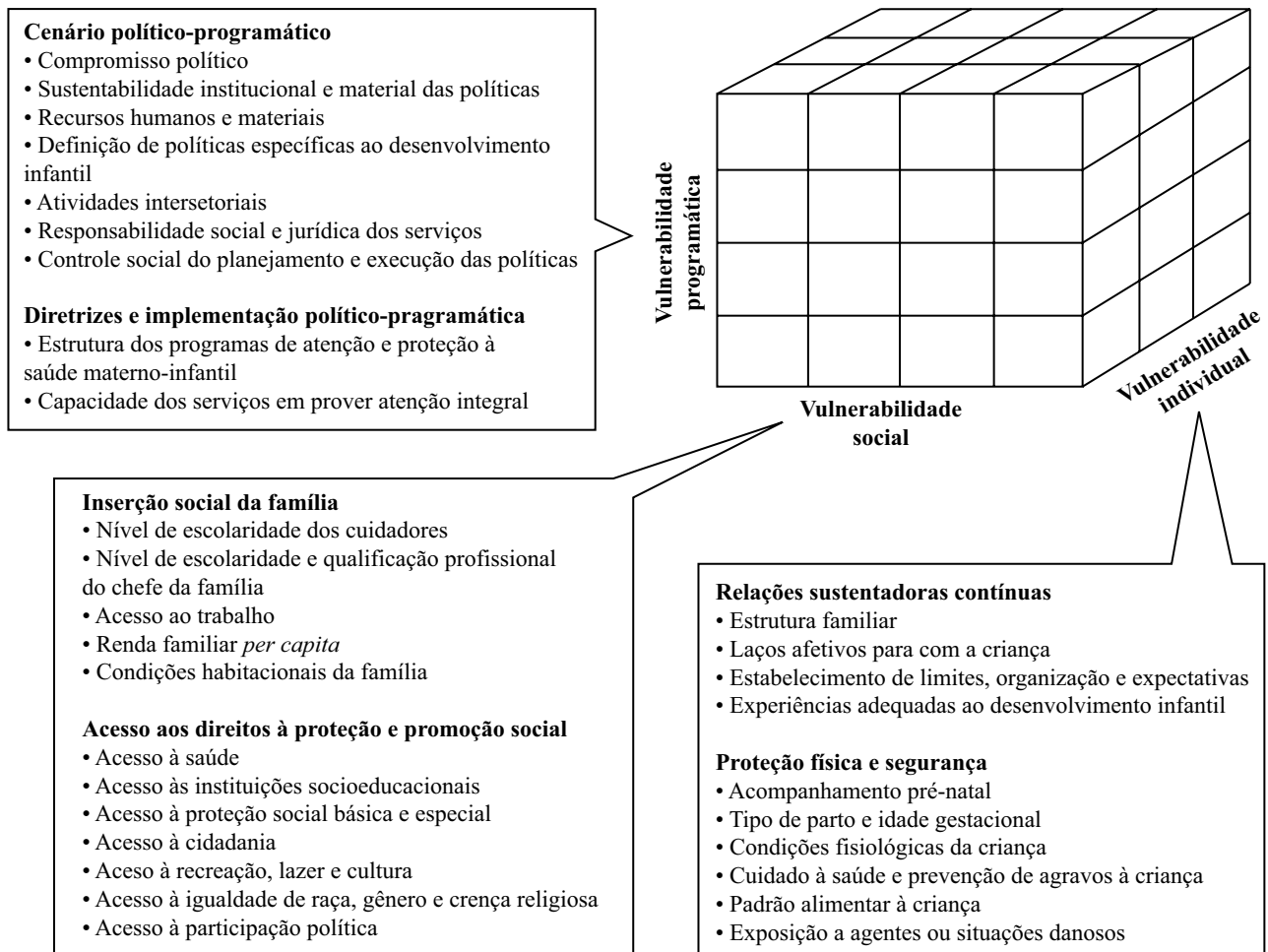


Figura 1 – Matriz analítica da vulnerabilidade da criança diante de situações adversas em seu desenvolvimento. Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr.⁽⁷⁾

Ainda nesta dimensão, entende-se como situação adversa a falta ou insuficiência de *proteção física e segurança*, que pode colocar em perigo a sobrevivência e o desenvolvimento infantil devido a falta de garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica⁽¹¹⁾. Para que seu desenvolvimento seja pleno, as crianças precisam de proteção física, de cuidados e ambientes seguros que possam garantir um desenvolvimento saudável desde o nascimento, perpassando a infância e alcançando a adolescência⁽¹¹⁾. Devido à presença de guerras, fome, pobreza e escassez de recursos de saúde, muitas crianças não têm essa proteção garantida⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A proteção física e a segurança são expressas pelo acompanhamento pré-natal⁽¹⁸⁾, tipo de parto e idade gestacional⁽¹⁹⁻²¹⁾, condições fisiológicas da criança⁽²²⁻²³⁾, cuidado à saúde e prevenção de agravos à criança⁽¹⁴⁾, padrão alimentar⁽¹⁴⁾ e exposição a agentes ou situações danosas^(11,14).

Vulnerabilidade social

Na dimensão social, a criança pode ter dificuldades em seu desenvolvimento se ocorrerem insuficiência ou

iniquidades na *inserção social da família*, caracterizada por suas condições socioeconômicas e educacionais. A posição da família na produção e na reprodução social determina suas condições materiais de vida, sua autonomia e capacidade decisória e de suprir as necessidades essenciais da criança^(3,24). Está interligada à vulnerabilidade no desenvolvimento infantil, pois pode produzir subnutrição, carência social e prejuízos nas atividades educacionais^(3,24-25), bem como dificultar à família o desenvolvimento de relações sustentadoras contínuas com a criança⁽¹¹⁾.

A inserção social da família é determinada pelo nível de escolaridade dos cuidadores, nível de escolaridade e qualificação profissional do chefe da família, acesso ao trabalho, renda familiar *per capita* e condições habitacionais da família⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Nessa dimensão, considera-se que o *acesso aos direitos à proteção e promoção social* representam o alcance dos cidadãos a recursos que influenciarão sua tomada de decisão, suas possibilidades de enfrentar barreiras socioculturais e de possuir condições de cuidar de sua saúde⁽⁷⁾. Tais recursos

poderão influenciar o cuidado, a educação e a proteção das famílias em relação ao desenvolvimento da criança⁽¹³⁾.

O acesso está relacionado à falta ou aos impedimentos no acesso a saúde^(3,26), instituições socioeducacionais^(2,24,26), proteção social básica e especial⁽²⁶⁾, cidadania⁽²⁶⁾, recreação, lazer e cultura^(11,26), igualdade de raça, gênero e crença religiosa⁽²⁶⁾ e participação política⁽²⁶⁾.

Vulnerabilidade programática

Na dimensão programática – relacionada às políticas e programas de atenção à criança, pode haver dificuldades em seu desenvolvimento se ocorrerem falhas ou descumprimentos no *cenário político-programático*. Este pode ser definido como o compromisso político dos governos em estabelecer programas de proteção e promoção do bem-estar infantil que podem contribuir para diminuir as mortes infantis e dirimir as desigualdades que condicionam os prejuízos em seu desenvolvimento. Está relacionado com o grau de investimentos que o Estado disponibiliza para o financiamento das ações de atendimento à criança^(2,7,27).

Esse cenário é caracterizado por compromisso político⁽²⁾, sustentabilidade institucional e material das políticas⁽²⁸⁾, recursos humanos e materiais⁽²⁹⁾, definição de políticas específicas ao desenvolvimento infantil^(2,27-28), atividades intersetoriais^(14,26), responsabilidade social e jurídica dos serviços^(5,7), controle social do planejamento e execução das políticas⁽²⁶⁾.

Desse modo, o desenvolvimento infantil pode ser influenciado pelas *diretrizes e implementação político-programáticas*, que constituem a forma como os serviços de atenção à criança desenvolvem seu processo de trabalho e seu modelo assistencial no provimento de suas necessidades. Trata-se da implementação de estratégias estruturantes nos sistemas de saúde, que visam reorientar o modelo de atenção à saúde e firmar

uma nova dinâmica na organização de serviços e ações de saúde^(7,10). As diretrizes políticas, conformadas em programas de saúde, despertam questões importantes sobre necessidades de saúde, vulnerabilidades, cidadania e direitos humanos⁽²⁷⁾.

A implementação político-programática é orientada pela estrutura dos programas de atenção e proteção à saúde materno-infantil^(18,26-28), a capacidade dos serviços em prover atenção integral⁽¹⁰⁾ com equidade das ações⁽¹⁰⁾, ações multi e interdisciplinares⁽¹⁰⁾, capacidade tecnológica⁽³⁰⁾, compromisso e responsabilidade dos profissionais⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÃO

A matriz analítica proposta indica que o modelo assistencial à saúde deve visar à proteção e ao desenvolvimento pleno da criança, visto que esta é dependente de sua rede de suporte para o cuidado de sua saúde. A aplicação prática desta matriz permite a captação do processo saúde-doença para além da dimensão individual, possibilitando a articulação das políticas públicas e das ações dos profissionais, a fim de obter eficácia no atendimento das necessidades das crianças.

Este instrumento conceitual configura-se como um constructo de proposição teórica que pode ser utilizado pelas equipes de saúde para apreender de forma específica as situações adversas ao desenvolvimento infantil e subsidiar a elaboração de novas tecnologias de cuidado, com a construção de planos de intervenção a partir das dimensões analíticas da vulnerabilidade. Sendo assim, seu conteúdo pode orientar as discussões sobre planejamento e gestão do cuidado em saúde da criança, contribuindo para a fundamentação de políticas públicas.

Destarte, a validação metodológica desta matriz, mediante novas pesquisas, com foco em sua operacionalização, contribuirá para o avanço da utilização desta tecnologia em saúde no campo do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-46.
2. Mustard JF. Early human development: equity from the start - Latin America. *Rev Latinoam Ciênc Soc Niñez Juv*. 2009;7(2):639-80.
3. Mazza VA, Chiesa AM. Family needs on child development in the light of health promotion. *OnlineBraz J Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 01];7(3). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1852>
4. Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MLÓR. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 61-90.
5. Martins J, Veríssimo MLOR, Oliveira MA. Avaliação dos instrumentos do Projeto “Nossas Crianças: janelas de oportunidades”, segundo Agentes Comunitários de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(1):106-14.
6. Pedroso MLR, Motta MGC. A compreensão das vulnerabilidades sócio-econômicas no cenário da assistência de Enfermagem pediátrica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(2):218-24.

7. Ayres JRCM, Paiva V, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability. In: Parker R, Sommer M. *Routledge handbook in global public health*. New York: Routledge; 2011. p. 98-107.
8. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF. The use of the "vulnerability" concept in the Nursing area. *Rev Latino Am Enferm*. 2008;16(5):923-8.
9. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. Building health care technologies based on health promotion. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2013 July 31];43(n.spe2):1352-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/en_a36v43s2.pdf
10. Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):399-407.
11. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
12. Shonkoff JP. Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*. 2011;333(6045):982-3.
13. Alexandre AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Map of the family social support network for the promotion of child development. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 Oct 23];46(2):272-79. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a02v46n2.pdf>
14. Grippo MLVS, Fracolli LA. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):430-6.
15. Mustard JF. Canadian progress in early child development: putting science into action. *Paediatr Child Health*. 2009;14(10):689-90.
16. Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: analysis of the cross sectional WHO global survey on maternal and perinatal health. *BMC Public Health*. 2011;11:606.
17. Wu Z, Viisainen K, Wang Y, Hemminki E. Evaluation of a community-based randomized controlled prenatal care trial in rural China. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:92.
18. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):425-37.
19. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F, et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331.e1-19.
20. Magnus MC, Haberg SE, Stigum H, Nafstad P, London SJ, Vangen S, et al. Delivery by Cesarean section and early childhood respiratory symptoms and disorders: the Norwegian mother and child cohort study. *Am J Epidemiol*. 2011;174(11):1275-85.
21. Lou H, Pedersen BD, Hedegaard M. Questions never asked: positive family outcomes of extremely premature childbirth. *Qual Life Res*. 2009;18(5):567-73.
22. Bee H. A criança em desenvolvimento. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
23. Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Estudo*. 2005;10(2):209-16.
24. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):55-69.
25. Barros PR, Carvalho M, Franco S. O índice de desenvolvimento da família. Rio de Janeiro: IPEA; 2003.
26. Didonet V, organizador. Plano Nacional pela Primeira Infância [Internet]. Brasília: Rede Nacional pela Primeira Infância; 2010 [citado 2012 fev. 02]. Disponível em: http://primeirainfancia.org.br/antigo_wp/acervo/publicacoes/
27. Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino Am Enferm*. 2007; 15(6):1171-6.
28. Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad Saúde Pública*. 2002;18 Supl:113-20.
29. Gupta N, Maliqi B, Franca A, Nyongator F, Pate M, Sanders D, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. *Hum Resour Health* [Internet]. 2011 [cited 2012 July 22];24;9(1):16. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/16>
30. Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1969-80.