



AVANÇOS DO MARCO LEGAL
DA PRIMEIRA INFÂNCIA



Frente Parlamentar Mista
da Primeira Infância

Centro de Estudos e
Debates Estratégicos

SENADO
FEDERAL



CÂMARA DOS
DEPUTADOS

PRIMEIRA INFÂNCIA

AVANÇOS DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

MESA DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

55ª Legislatura

2015-2019

2ª Sessão Legislativa Ordinária

Presidência

Presidente: Eduardo Cunha (Afastado)

1º Vice-Presidente: Waldir Maranhão (Presidente em exercício)

2º Vice-Presidente: Giacobbo

Secretários

1º Secretário: Beto Mansur

2º Secretário: Felipe Bornier

3ª Secretário: Mara Gabrielli

4º Secretário: Alex Canziani

Suplentes de Secretários

1º Suplente: Mandeta

2º Suplente: Gilberto Nascimento

3ª Suplente: Luiza Erundina

4º Suplente: Ricardo Izar

Diretor-Geral

Rômulo de Sousa Mesquita

Secretário-Geral da Mesa

Silvio Avelino da Silva



Câmara do Deputados
Centro de Estudos e Debates Estratégicos

PRIMEIRA INFÂNCIA

AVANÇOS DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Relator

Deputado Federal **Osmar Terra**

Equipe Técnica

Ivânia Ghesti-Galvão (Coordenadora)

Consultores Legislativos

Brasília – 2016

CÂMARA DOS DEPUTADOS

DIRETORIA LEGISLATIVA

Diretor: Afrísio Vieira Lima Filho

CONSULTORIA LEGISLATIVA

Diretor: Luiz Fernando Carvalho

Criação do projeto gráfico

Senado Federal – Secretaria de
Editoração e Publicações – SEGRAF

Diagramação e adaptação do projeto gráfico

Senado Federal – Secretaria de
Editoração e Publicações – SEGRAF

Capa

Publicidade Câmara

Revisão

Senado Federal – Secretaria de
Editoração e Publicações – SEGRAF

CENTRO DE ESTUDOS E DEBATES ESTRATÉGICOS

Presidente

Deputado Lúcio Vale

Titulares

Beto Rosado
Carlos Melles
Cristiane Brasil Jaime Martins
Luiz Lauro Filho
Osmar Terra
Paulo Teixeira
Remídio Monai
Ronaldo Benedet
Rubens Otoni
Vitor Lippi

Suplentes

Capitão Augusto
Evair de Melo
Félix Mendonça Júnior
Pedro Uczai
Rômulo Gouveia
Ronaldo Nogueira
Valmir Prascidelli

Secretário Executivo

Eduardo Fernandez Silva

Coordenação de Articulação Institucional

Paulo Motta

Chefe de Secretaria

Naiça Mel dos Santos Bowen

Coordenador de Secretaria

Juliana Fernandes Camapum
Juliana N. David de Almeida
Washington Carlos M. da Silva

Centro de Estudos e Debates Estratégicos – Cedes
Sala 9 a 11 - Térreo - Anexo III
Câmara dos Deputados
Praça dos Três Poderes CEP 70160-900
Brasília DF
Tel.: (61) 3215-8626
E-mail: cedes@camara.gov.br
www.camara.leg.br/cedes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO – Presidente da Câmara

PREFÁCIO – Presidente do CEDES

INTRODUÇÃO – Deputado e Ministro Osmar Terra – Autor do Projeto de Lei do Marco Legal

PARTE I – Fundamentos

1.	POR QUE INVESTIR NA PRIMEIRA INFÂNCIA	21
2.	CENÁRIO MUNDIAL DAS POLÍTICAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA	24
3.	TRAJETÓRIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA NO BRASIL – DE MENOR E DESVALIDO A CRIANÇA CIDADÃ, SUJEITO DE DIREITOS	60
4.	AS CRIANÇAS SÃO O BRASIL DE HOJE: ELAS NÃO PODEM ESPERAR	76
5.	MARCO LEGAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA GRANDE OPORTUNIDADE	82
6.	OS DESAFIOS DO MARCO LEGAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	86
7.	INVESTINDO EM CIÊNCIA PARA FORTALECER AS BASES DA APRENDIZAGEM, DO COMPORTAMENTO E DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA	89
8.	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA: A ESTRATÉGIA DOS 1.000 DIAS	103
9.	CUIDAR DOS CUIDADORES E RESPEITAR O RITMO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A CONTRIBUIÇÃO DE EMMI PIKLER	118
10.	A SITUAÇÃO DA PATERNIDADE NO BRASIL – CONTEXTO, IMPACTOS E PERSPECTIVAS	125
11.	O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA: QUAIS INFÂNCIAS, QUAIS CRIANÇAS?	133
12.	UNICEF E A PRIMEIRA INFÂNCIA: UM OLHAR SOBRE AS CRIANÇAS INDÍGENAS	142
13.	A ORIGEM DA CULTURA NA PRIMEIRA INFÂNCIA DA HUMANIDADE: O QUE DEIXAREMOS AOS ARQUEÓLOGOS DO FUTURO?	145
14.	BRINCAR: UM DIREITO E UM DEVER	156
15.	EDUCAÇÃO INFANTIL: UM DIREITO FUNDAMENTAL	163

16.	PRIMEIRA INFÂNCIA: O PAPEL DAS UNIVERSIDADES	170
17.	FORMAÇÃO DE UMA NOVA CULTURA COM APOIO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO	172
18.	MÍDIA E PRIMEIRA INFÂNCIA	174
19.	ORÇAMENTO PRIMEIRA INFÂNCIA	182

PARTE II – Políticas Nacionais e Primeira Infância

20.	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL: PELO DIREITO DAS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS À EDUCAÇÃO	187
21.	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: DESENHANDO E IMPLEMENTANDO PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL COM BASE EM EVIDÊNCIAS	194
22.	AS PRIORIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	202
23.	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	216
24.	PRÉ-NATAL DO PARCEIRO COMO ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA PROMOÇÃO DA PATERNIDADE E CUIDADO	225
25.	PROGRAMAS DE SUPERAÇÃO DA POBREZA – INICIATIVAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	233
26.	O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME	238
27.	O DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA: APONTAMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA BRASILEIRA E REFLEXÕES SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA PRIMEIRA INFÂNCIA	244
28.	O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS	257
29.	A PRIMEIRA INFÂNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS	263
30.	A PRISÃO DOMICILIAR COMO A MELHOR FORMA DE GARANTIR OS DIREITOS DOS FILHOS DE MÃES PRESAS NO PERÍODO DA PRIMEIRA INFÂNCIA	277

PARTE III – Iniciativas e Desafios Regionais

31.	PLANO DISTRITAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA	285
32.	PRIORIDADE ABSOLUTA? A PRIMEIRA INFÂNCIA NO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL DO DISTRITO FEDERAL	291
33.	EDUCAÇÃO INFANTIL: UM DESAFIO PARA OS MUNICÍPIOS	303
34.	AUDITORIA CONTINUADA EM EDUCAÇÃO INFANTIL	314
35.	PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA	316
36.	O DIAGNÓSTICO E A INTERVENÇÃO PRECOCE EM BEBÊS EM RISCO DE AUTISMO E SEUS	

PAIS	323
37. SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	333
38. A EMPRESA COMO PROTAGONISTA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NA ÓTICA DA UNITED WAY	340

PARTE IV – Programas de Apoio às Famílias na Primeira Infância

39. VISITAS DOMICILIARES PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: LIÇÕES DO PROGRAMA <i>NURSE-FAMILY PARTNERSHIP</i>	345
40. PASTORAL DA CRIANÇA: VIDA PLENA PARA TODAS AS CRIANÇAS	364
41. FORTALECENDO COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA O CUIDADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PROJETO NOSSAS CRIANÇAS – JANELAS DE OPORTUNIDADES	373
42. O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	382
43. PIONEIRISMO E INOVAÇÃO EM POLÍTICA PÚBLICA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PIM	390
44. PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA: INDUZINDO E FORTALECENDO POLÍTICAS PÚBLICAS	408
45. REDE MÃE PARANAENSE – RELATO DE EXPERIÊNCIA	422
46. PROGRAMA FAMÍLIA QUE ACOLHE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM BOA VISTA-RR	432
47. <i>PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO</i> : DA REFLEXÃO À AÇÃO EM PROL DA PRIMEIRA INFÂNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ	447
48. PROGRAMA SÃO PAULO PELA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA	453
49. OS DESAFIOS DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO NAS POLÍTICAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA	462
50. O QUE GRANDES CIDADES E POLÍTICAS INTERSETORIAIS PODEM FAZER PELA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PELO DESENVOLVIMENTO INFANTIL INTEGRAL	469
51. PROJETO CRIANÇA FALA NA COMUNIDADE	480

ANEXOS

• LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016 – MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	491
• INDICAÇÃO DA COMISSÃO ESPECIAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	504
• RECOMENDAÇÕES ADVINDAS DO I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	505
• PÔSTERES APRESENTADOS NO II SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA	514

- PLANO DE TRABALHO 2016-2017 DA REDE HEMISFÉRICA DE PARLAMENTARES E EX-PARLAMENTARES PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, ELABORADO NO III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA **515**
- RECOMENDAÇÕES DA REDE HEMISFÉRICA DE PARLAMENTARES AO EXECUTIVO BRASILEIRO E DE OUTROS PAÍSES **521**

APRESENTAÇÃO

Há aproximadamente vinte milhões de crianças de até seis anos no Brasil. São elas, no tempo presente, as beneficiárias do olhar mais atento sobre a primeira infância que se disseminou na sociedade e no governo, e dos avanços na legislação nas últimas décadas. Para a construção do consenso da criança como cidadã de pleno direito, foram muitos os passos, inúmeros os debates, múltiplos os atores envolvidos no processo.

O parlamento, é justo reconhecer, foi um dos artífices dessa construção. Em 1988, a então novíssima Constituição Federal oferecia ao País, em seu art. 227, o mandamento de que o Estado deve assegurar prioridade absoluta à criança, ao adolescente e ao jovem na efetivação de seus direitos. Como fruto das discussões da Assembleia Constituinte, prevaleceu a visão de que não é aceitável haver dicotomias entre “o menor”, oriundo das famílias mais desfavorecidas, e “a criança”, crescida no seio das famílias de classe média, ao tratar dos temas relativos à infância. Também ganhou espaço a ideia de que a ação pública deve fundamentar-se não no assistencialismo ou na benemerência, mas sim no direito da criança como cidadã.

O novo paradigma orientou o legislador e as políticas públicas que vieram depois de 1988. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, de 1990, destaca a “condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento”. Nesse sentido, a condição peculiar de desenvolvimento impõe prioridade na garantia de direitos e proteção integral.

Mais recentemente, o Poder Legislativo tem buscado avançar nas condições normativas para garantir a efetividade dessa proteção integral à criança, sobretudo na primeira infância, pois a ciência vem demonstrando que os cuidados nos primeiros anos de vida são cruciais na formação humana.

Em 2011, foi instituída a Frente Parlamentar da Primeira Infância, integrada por mais de 200 parlamentares. No mesmo ano, vários Deputados passaram a integrar a recém-criada “*Red Hemisférica de Parlamentarios y Ex Parlamentarios por La Primera Infancia*”. Brotaram iniciativas de políticas públicas municipais e estaduais para a Primeira Infância, como o Programa Primeira Infância Melhor do Governo Estadual do Rio Grande do Sul, em 2003 e o Mãe Coruja Pernambuco, em Governo Estadual de Pernambuco.

Em 3 de outubro de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.722, que instituiu o Programa Brasil Carinhoso, com modificações no Programa Bolsa Família e incentivos para ampliação da educação infantil. A iniciativa também iluminou a discussão sobre os desafios da intersectorialidade na ação governamental, característica que deve ser fortalecida na formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância.

Com o Marco Legal da Primeira Infância mais um passo foi dado nessa caminhada. A Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, estabeleceu princípios e diretrizes para a formulação de políticas públicas que visam atender de forma mais efetiva os direitos da criança na primeira infância. O Marco Legal visa superar a segmentação de ações, aumentando a eficácia das políticas voltadas para a infância e definindo estratégias de articulação intersectorial.

A proposta foi objeto de uma Comissão Especial na Câmara dos Deputados, contou com a liderança de vários parlamentares comprometidos com a causa e com o engajamento dos movimentos e organizações que atuam na defesa dos direitos da primeira infância. A Lei nº 13.257, de 2016, é, portanto, uma obra coletiva, fruto do trabalho de muitas mãos.

Esta publicação do Centro de Estudos e Debates Estratégicos, em parceria com a Frente Parlamentar da Primeira Infância, celebra a defesa dos direitos da primeira infância acima de quaisquer disputas político-partidárias, vem coroar a conclusão do processo de construção do Marco Legal da Primeira Infância e certamente oferece uma rica contribuição para que possamos continuar a dedicar às crianças o melhor dos nossos esforços.

Presidente da Câmara dos Deputados

PREFÁCIO

Apresento com orgulho esta publicação “Primeira Infância – Avanços do Marco Legal da Primeira Infância”, que integra a Série “Cadernos de Trabalhos e Debates”, do Centro de Estudos e Debates Estratégicos da Câmara dos Deputados.

Com relatoria do Deputado Osmar Terra, a publicação reúne artigos de especialistas nacionais e internacionais sobre a primeira infância, abrangendo um amplo espectro de temas, dos retornos econômicos dos investimentos realizados nessa etapa da vida à valorização da paternidade, passando por educação, saúde, cultura, financiamento e outros.

Os textos foram produzidos ao longo das discussões ocorridas na Câmara dos Deputados para apreciação do Projeto de Lei nº 6.998, de 2013, de autoria do próprio Deputado Osmar Terra e outros parlamentares, que alterava o Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA, para dispor sobre a primeira infância. Em março de 2014, foi formada uma Comissão Especial para analisar a proposição, presidida pela Deputada Cida Borghetti. O grupo trabalhou a passo célere, realizou audiências públicas, seminários regionais e reuniões técnicas, recebeu contribuições da sociedade civil, do governo, de especialistas e de universidades. Várias instituições disseminaram o debate em suas respectivas redes de atuação. Um ano depois, em março de 2015, a matéria foi remetida ao Senado Federal como Casa Revisora.

O processo, que culminou com a sanção da Lei nº 13.257, em 8 de março de 2016, seguramente honrou a democracia brasileira, vez que a tramitação legislativa foi permeável ao conhecimento acadêmico do campo e às demandas dos atores que defendem os direitos da criança, e, ao mesmo tempo, foi responsável e coerente com os condicionantes que a realidade impõe às políticas públicas. O processo teve sua legitimidade fortalecida com a ampla participação social. O relator, Deputado João Ananias, por sua vez, mostrou enorme sensibilidade às contribuições apresentadas a este Parlamento. Em sua maioria elas invocavam que a primeira infância seja, de fato, tratada como prioridade nas intervenções de políticas, serviços e programas governamentais e tenha garantido seu pleno desenvolvimento.

Sobre o advento da Lei nº 13.257, de 2016, que se convencionou chamar Marco Legal da Primeira Infância, merece destaque um aspecto que consideramos o cerne da nova Lei. A novidade de trazer para a concepção e a normatização das políticas públicas uma cultura de cuidado integral e integrado com a criança, desde a concepção até os seis anos de idade, faixa etária abrangida pela legislação recém-sancionada.

Há décadas a ciência vem acumulando evidências sobre a importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento do ser humano, desde os mais evidentes, como o crescimento físico e a aquisição da linguagem, até a criação das bases sociais e culturais que fundamentarão sua vida adulta.

Se por um lado o período da primeira infância é de grandes oportunidades para a plenitude da vida de uma pessoa, é também de muitas vulnerabilidades e de extrema susceptibilidade às influências e ações externas, como pobreza e violência. Em especial, a primeira infância no Brasil carece de uma atenção mais focada, de um olhar específico, de uma ação sensível às peculiaridades da idade.

Os argumentos sociais e econômicos sobre a urgência de proteger e cuidar do desenvolvimento integral da criança na primeira infância tornaram-se incontestáveis. Contudo, os textos aqui reunidos, tomados em conjunto, sugerem uma leitura mais abrangente dos conhecimentos disponíveis, evidenciando um olhar alargado que compreende a criança como sujeito de direitos.

À frente, há o grande desafio de colocar em prática as disposições do Marco Legal da Primeira Infância. Acredito que esta publicação, que conta com a parceria da Frente Parlamentar da Primeira Infância, pode oferecer uma contribuição para iluminar caminhos. Vem a público para ajudar a gerar ainda mais consciência social e sensibilização política sobre o significado e a importância da primeira infância.

Presidente do CEDES

INTRODUÇÃO

Em toda minha atividade pública busquei responder à pergunta: qual política pública tem mais impacto transformador e repercute por mais tempo na sociedade? Essa questão levou-me a dedicar-me às políticas de promoção da saúde e do desenvolvimento humano, em uma concepção de trabalho articulado, multiprofissional, intersetorial e alicerçado em resultados comprovados.

O Marco Legal da Primeira Infância¹ resulta de uma trajetória de 20 anos de trabalho dedicados a essa visão. É uma lei pautada em evidências científicas e em resultados de programas bem-sucedidos, como o Primeira Infância Melhor do Governo Gaúcho – PIM.

De 1993 a 1996, como Prefeito de Santa Rosa-RS, consegui reduzir a mortalidade infantil de 19 para 7 óbitos por mil nascidos vivos até o primeiro ano de vida. Santa Rosa-RS tornou-se destaque nacional por esse indicador de saúde, equivalente ao de países do primeiro mundo, e pelo pioneirismo na criação de equipes de saúde da família. Neste período, instalamos programas e serviços de saúde em todos os bairros e localidades rurais. Também quadruplicamos o número de creches na cidade.

Em 2000, como Coordenador do Programa Comunidade Solidária, no Governo Federal, criamos o Comitê de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância - CODIPI, que quando extinto, por meio de iniciativa de vários de seus integrantes, deu origem à Rede Nacional Primeira Infância - RNPI.

Nos últimos anos, as descobertas científicas de assistentes sociais, economistas, educadores, neurocientistas, nutricionistas, pediatras, psicólogos, psiquiatras, evidenciaram que o período mais estratégico para a promoção do desenvolvimento humano, social e econômico é o período inicial da vida (Heckmann, 2006; Shonkoff e Phillips, 2000; Bowlby, 1998; Young, 2014; Victora, 2013; Tremblay, Gervais e Petitclerc, 2008; Barros e Mendonça, 1999, entre outros).

Com esta consciência, criei na Câmara dos Deputados a **Frente Parlamentar da Primeira Infância**, em 23 de maio de 2011, integrada por mais de 200 parlamentares. A partir do trabalho desta Frente, dezenas de parlamentares participaram de *Programa de Liderança Executiva em Primeira Infância*, em Harvard, pela parceria entre Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, INSPER, Universidade de São Paulo – que integram o Núcleo Ciência pela Infância, e, na primeira edição, a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Foi também realizado o *I Seminário Internacional: Marco Legal da Primeira Infância*, nos dias 16, 17 e 18 de abril de 2013, que reuniu aproximadamente 500 participantes, representantes de todo Brasil, da Argentina, Canadá, China, Chile, Colômbia, Equador, EUA, Holanda, México, Paraguai, Peru e da Red Hemisférica de Parlamentarios y ex-Parlamentarios por la Primera Infancia.

Em 18 de dezembro de 2013, foi apresentado o **Projeto de Lei 6.998/2013** – Projeto de Lei da Primeira Infância, de minha autoria e outros representantes da Frente Parlamentar da Primeira Infância: Dep. Nelson Marchezan Junior (PSDB-RS), Dep. Eleuses Paiva (PSD-SP), Dep. Raul Henry (PMDB-PE), Dep. Rosane

1 <http://marcolegalprimeirainfancia.com.br>

Ferreira (PV-PR), Dep. Rubens Bueno (PPS-PR), Dep. Geraldo Resende (PMDB-MS), Dep. Gabriel Chalita (PMDB-SP), Dep. Jandira Feghali (PCdoB-RJ), Dep. Mandetta (DEM-MS), Dep. Darcísio Perondi (PMDB-RS), Dep. Eduardo Barbosa (PSDB-MG) e Dep. Carmen Zanotto (PPS-SC).

Para análise do PL 6.998/2013, foi criada a **Comissão Especial da Primeira Infância**, em 11 de fevereiro de 2014, instalada em 19 de março, com a seguinte composição:

- **Presidente:** Cida Borghetti (PROS/PR)
- **1º Vice-Presidente:** Júlio Cesar (PSD/PI)
- **2º Vice-Presidente:** Nelson Marchezan Junior (PSDB/RS)
- **3º Vice-Presidente:** Iara Bernardi (PT/SP)
- **Relator:** João Ananias (PCdoB/CE)

A Comissão contou com a característica especial de a maioria de seus membros terem participado do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, na Universidade de Harvard, em 2012, 2013 e 2014. Assim, a Comissão Especial da Primeira Infância contou com deputados qualificados sobre desenvolvimento infantil, conscientes da importância estratégica do investimento nos primeiros anos de vida.

Para promoção de uma ampla participação social no aprimoramento do PL 6.998/2013, a Comissão Especial promoveu no ano de 2014, o *II Seminário Internacional Marco Legal da Primeira Infância* (Auditório Nereu Ramos, em 7 de maio), em parceria com a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, a Red Hemisférica de Parlamentários, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e a Fundação Bernard Van Leer. Foram promovidos quatro Seminários Regionais, aprovados pela Comissão Especial e organizados por um ou mais de seus membros, em conjunto ou articuladamente com deputadas, deputados e gestores estaduais e municipais, nas seguintes capitais: Porto Alegre-RS, no dia 28 de abril de 2014, sob a responsabilidade do Dep. Osmar Terra – PMDB/RS e Dep. Nelson Marchezan Jr. – PSDB/RS; Curitiba-PR, no dia 19 de maio, sob a responsabilidade da Dep. Cida Borghetti – PROS/PR; São Paulo-SP, no dia 29 desse mesmo mês, sob a responsabilidade da Dep. Iara Bernardi – PT/SP; Fortaleza-CE, no dia 06 de junho, sob a responsabilidade do Dep. João Ananias - PCdoB/CE e Dep. Gorete Pereira – PR/CE. Registre-se que, nesses eventos, a Presidente da Comissão Especial e o Relator do PL 6.998/2013, bem como outros parlamentares membros da Comissão, fizeram-se presentes para colher as análises e sugestões aportadas.

A Comissão Especial aprovou, ainda, outros Seminários: na Bahia, por requerimento do Dep. Nelson Pelegrino - PT/BA; em Tocantins, solicitado pela Dep. Prof^ª Dorinha Seabra Rezende – DEM TO; no Mato Grosso do Sul, requerido pelo Dep. Mandetta – DEM/MS e em Rondônia, proposto pelo Dep. Marcos Rogério – PDT/RO. Esses Seminários não foram realizados em razão da indisponibilidade de tempo.

A Comissão Especial promoveu também duas Audiências Públicas Interativas, realizadas na Câmara dos Deputados, nos dias 20 e 27 de maio de 2014.

A I Audiência Pública, em 20 de maio, teve como debatedores a Sra. Rosane Silva Pinto Mendonça, Diretora de Programa da Subsecretaria de Assuntos Estratégicos da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; a Sra. Rita de Cássia Coelho, Coordenadora-Geral de Educação Infantil do Ministério da Educação; o Sr. Antônio Carlos Osório Nunes, membro da Comissão da Infância e Juventude do Conselho Nacional do Ministério Público; a Sra. Gilvani Pereira Grangeiro, da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde; a Sra. Maria Izabel da Silva, Coordenadora-Geral de Convivência Familiar e Comunitária da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e o Sr.

Marcelo Cabral Milanello, Diretor de Gestão e Acompanhamento do Plano Brasil sem Miséria, do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A II Audiência, em 27 de maio, ouviu representantes de organizações da sociedade civil de expressiva atuação no campo dos direitos da criança na Primeira Infância. Na primeira Mesa participaram a Sra. Ely Harasawa, Gerente de Programas da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; a Sra. Isabella Henriques, Diretora de Defesa e Futuro, do Instituto ALANA; o Dr. Cesar Victora, Presidente da Sociedade Internacional de Epidemiologia, com um currículo extenso de trabalhos para a OMS; a Dra. Cristina Albuquerque, Coordenadora do Programa de Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil do UNICEF. Na segunda Mesa participaram o Sr. Vital Didonet, representando a Rede Nacional Primeira Infância; o Dr. Eduardo da Silva Vaz, Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria e o Dr. Dioclécio Campos, ex-presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. A Sra. Tânia Mara Dornellas, representante do CONANDA, foi convidada.

Esses eventos foram organizados de forma a ouvir especialistas e autoridades sobre análises e sugestões relacionadas ao Projeto de Lei como um todo e, em particular, sobre seus diferentes dispositivos, bem como debater experiências práticas de atenção à criança que poderiam aportar novas ideias.

Além desses eventos oficiais da Comissão, diversos outros seminários, reuniões e seções de estudo, em vários Estados e no seio de instituições que se interessam pelo tema, foram promovidos por iniciativa e coordenação da Rede Nacional Primeira Infância - RNPI, ou por organizações que a integram. Entre estas:

- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal realizou uma reunião de estudos, no dia 20 de maio, com a Presença do Dep. Osmar Terra e do Sr. Vital Didonet, com Procuradores do Ministério Público de São Paulo;
- Rede Estadual Primeira Infância do Ceará, sob a coordenação do Instituto da Infância – IFAN, reuniu dezenas de organizações locais, governamentais e não governamentais, entre as quais Secretarias de Estado e Municipais (Educação, Saúde, Trabalho e Assistência Social, Justiça e Cidadania), o Conselho Estadual e o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, Procuradoria Geral, Defensoria Pública, Sociedade de Pediatria do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Faculdade Christus e outras organizações e agências multilaterais que compõem a Rede Estadual Primeira Infância do Ceará – REPI/CE;
- Rede Estadual Primeira Infância da Bahia, coordenada pela AVANTE, Educação e Mobilização Social, criou um Grupo de Trabalho sobre o Projeto de Lei e realizou duas oficinas (18 e 30 de junho). Delas participaram a Secretaria Municipal de Educação de Salvador (SMED), o Instituto de Radio Difusão do Estado da Bahia (IRDEB), o Fórum Baiano 5 de Educação Infantil (FBEI), UNICEF-BA, além da AVANTE-Educação e Mobilização Social;
- Rede Estadual Primeira Infância de Pernambuco, coordenada pelo Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem – CPPL, criou um GT composto por organizações externas à Rede e Fóruns de Debate sobre Primeira Infância, Desenvolvimento Infantil e Políticas Públicas (abril de 2014). Realizou um Seminário em novembro, com a participação do CPPL, da RNPI, da Coordenadoria da Infância e Juventude de PE, do CEDCA, do Ministério Público de Pernambuco e da Escola de Conselhos da Universidade Federal Rural de Pernambuco, especificamente para dar prosseguimento à análise do Projeto de Lei.
- Município de Forquilha-SC realizou o Seminário Nacional de Políticas para a Primeira Infância – Um tributo à Dra. Zilda Arns, nos dias 24 e 25 de abril. Nessa ocasião, houve oportunidade para

um proveitoso diálogo sobre este Projeto de Lei com a Presidente do CONANDA, Sra. Miriam Maria José dos Santos e participação da Frente Parlamentar da Primeira Infância.

- Rede Estadual Primeira Infância do Rio Grande do Norte, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a RNPI, realizou em Natal-RN, dia 4 de junho, o Seminário sobre Políticas Públicas e planos municipais pela Primeira Infância, com a participação de cinquenta municípios. O Projeto de Lei foi objeto de uma conferência e esclarecimentos.
- Movimento Interfóruns de Educação Infantil do Brasil – Regional Centro-Oeste, durante Seminário Regional que contou com a presença do Comitê Diretivo, no mês de maio, em Brasília, destinou horário para uma palestra, debates, esclarecimentos sobre o Projeto de Lei e apresentação de sugestões.
- IV Seminário Nacional de Educação Infantil, organizado pela Organização Mundial para a Educação Pré-Escolar – OMEP/Brasil/SP/Baixada Santista (24-27 de agosto), abrangendo nove municípios da Região, debateu o tema da Prioridade Absoluta dos direitos da criança e sua incidência específica na Primeira Infância, à luz do que o PL 6.998/2013 está propondo.
- Rede Estadual da Primeira Infância de Pernambuco realizou seminário para debater o Projeto de Lei 6.998/2013, em 7 de novembro de 2014, com representantes de municípios, escolas, conselhos, Fundação Joaquim Nabuco, Coordenadoria de Infância e Juventude do TJPE e Associação de Conselhos Tutelares de Pernambuco.

Desses eventos foram colhidas sugestões que embasaram alterações na Proposição do Marco Legal da Primeira Infância.

Além dos seminários, reuniões, oficinas e grupos de estudo, a Rede Nacional Primeira Infância incentivou a apresentação de sugestões pela internet, recebendo uma expressiva contribuição, em análises, posicionamentos, questionamentos e sugestões.

Duas outras fontes que deram inestimáveis contribuições foram o Poder Executivo e o Ministério Público. Desde janeiro deste ano até final de setembro de 2014, foram realizadas sucessivas reuniões e contatos com dirigentes e técnicos de setores dos Ministérios da Educação, da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Secretaria de Direitos Humanos e da Secretaria de Assuntos Estratégicos. Deles provieram valiosas contribuições, seja em forma de reflexões que levaram a ajustes ora de forma, ora de conteúdo, seja como sugestões pontuais de itens que foram modificados ou agregados.

Uma importante reunião foi feita com a Mesa Diretora do CONANDA, em Brasília, no dia 2 de julho, para esclarecimentos e debate sobre algumas questões que preocupavam aquele Conselho. Naquela reunião, consideraram-se as alterações que o texto do Projeto já havia sofrido e foram apresentadas sugestões pelos integrantes da Mesa Diretora, que levaram a Relatoria a novos ajustes e aperfeiçoamentos do Projeto.

Em Audiência Pública e reuniões de trabalho, houve a participação do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, na pessoa do Dr. Antonio Ozório Nunes. E do Ministério Público de São Paulo, por meio de Procuradores de Justiça especializados na área dos direitos da criança e do adolescente, em especial, da área da Educação: Dr. Paulo Afonso Garrido de Paula, Dr. Luiz Antônio Miguel Ferreira e Dr. João Paulo Faustinoni e Silva.

Durante dez meses, houve uma intensa troca com pesquisadores, especialistas, dirigentes e técnicos de instituições que atuam em diferentes áreas dos direitos da criança. Essa colaboração expressa o interesse que a matéria desperta na sociedade brasileira, a percepção de que muito se pode avançar nessa área e o desejo de participar da definição dos avanços possíveis e necessários.

As análises e sugestões apresentadas nas Audiências Públicas e nos Seminários Regionais da Comissão Especial, bem como nos eventos promovidos pela RNPI, por Redes Estaduais Primeira Infância ou por outras organizações membros da RNPI, e aquelas encaminhadas por outros grupos de estudo e especialistas interessados na matéria, foram analisadas criteriosamente sob a ótica da adequação e pertinência ao escopo do Projeto.

A análise desse farto material contou com a contribuição técnica e altamente qualificada, no âmbito da sociedade, da Secretaria Executiva da RNPI, na pessoa do Prof. Vital Didonet; e, nesta Casa, da Dra. Ivania Ghesti-Galvão, Secretária Parlamentar do Gabinete do Presidente da Frente Parlamentar da Primeira Infância, Dep. Osmar Terra, de setores especializados da Consultoria Legislativa – CONLE: Ana Valeska Amaral Gomes, da área da Educação, Cultura e Desporto, Márcia Bianchi, da área do Direito Civil e Penal, ambas também assessoras da Comissão Especial; Paula Ramos Mendes e Luciana Botelho Pacheco, da área de Direito Constitucional, Lisiane de Alcântara Bastos e Maria Auxiliadora da Silva, da área Direito do Trabalho e Elisângela Moreira da Silva Batista, da Consultoria de Orçamento.

A intensa e extensa participação de especialistas, técnicos, pesquisadores em diversas áreas do desenvolvimento infantil e de um grande número de organizações da sociedade civil e governamentais demonstram quão importante é a temática do Marco Legal da Primeira Infância.

O estabelecimento do Marco Legal da Primeira Infância e a criação da Política Integrada pela Primeira Infância, que inclui ações de intersetorialidade em todas esferas de Federação, com participação da sociedade para apoio às famílias e aos profissionais em prol de ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil integral, estão entre as principais propostas que se tornaram Lei.

O Relator João Ananias manifestou seu agradecimento à contribuição do Governo Federal, que motivou ajustes, acréscimos e aperfeiçoamentos em várias partes da Proposição e nos dá a certeza de que o PL 6.998/2013, na forma do Substitutivo que foi reapresentado e que expressa a vontade e a possibilidade real de ação manifestadas pelos mais diversos setores, organizações e profissionais que atuam na efetivação dos direitos da criança na Primeira Infância.

Nessa trajetória, por ocasião da 15ª reunião da Comissão Especial da Primeira Infância, realizada no histórico dia 10 de dezembro de 2014 (Dia da Declaração dos Direitos Humanos), o PL 6.998/2013 foi aprovado, com a participação expressiva de 22 membros titulares da Comissão Especial.

Ao final, deliberou-se pela proposição de uma Lei de instituição de uma Política Integrada para a Primeira Infância, em separado do Estatuto da Criança e do Adolescente, com alguns itens do Estatuto sendo atualizados no bojo do PL 6.998/2013. Dentre as proposições apresentadas, foram rejeitados os itens que previam aumento da licença maternidade, salas de amamentação nas empresas e proibição da publicidade infantil, embora o mérito dessas propostas não tenha sido questionado e sim sua possibilidade de implementação no atual contexto do país. O aumento da licença-paternidade proposto por mais trinta dias, foi aprovado por mais quinze dias.

No cerne, o projeto de lei manteve a aprovação dos princípios, programas e serviços para organização de políticas públicas integradas intersetorialmente, participativas e com foco na promoção de ações de promoção da atenção integral à população de até seis anos de idade, que no Brasil é de aproximadamente 20 milhões de crianças, com foco nas mais vulneráveis, mas sem discriminação entre todas as crianças.

O Projeto foi apreciado pelo Senado Federal, sob a designação de PLC 014/2015, onde teve como Relatora a Senadora Fátima Bezerra. Foi o primeiro projeto de lei aprovado pelo Senado no ano de 2016, com manifestações de apoio de ilustres Senadores, aos quais manifestamos nossa admiração e apreço.

No dia 8 de março de 2016, a Lei foi aprovada pela Presidência da República, sem vetos, colocando, assim, o Brasil na vanguarda internacional de legislação em prol dos direitos positivos.

Na certeza de que a promoção de condições de crescimento e desenvolvimento saudável no período que é estruturante das demais fases da vida pode prevenir problemas de saúde, aprendizagem e socialização, favorecendo uma cidadania plena, entregamos esse Marco Legal e os textos que compõe esta obra, como nossa contribuição para a Nação Brasileira.

Deputado Osmar Terra

Fundador e Presidente da Frente Parlamentar da Primeira Infância (2011-2014 e 2015-maio-2016)

Autor do PL 6.998/2013 – Marco Legal da Primeira Infância

PARTE I
FUNDAMENTOS

POR QUE INVESTIR NA PRIMEIRA INFÂNCIA¹

Mary Young

*Pós-doutora e consultora sênior do Centro de Desenvolvimento da Criança da Universidade de Harvard;
co-líder do Early Childhood Initiative of the Human Capital and Economic Opportunity Global
Working Group, Institute for New Economic Thinking da Universidade de Chicago;
Diretora da Fundação China Development Research
Professora Adjunta de Pediatria da Universidade do Havaí*

Crianças que nascem em situação de pobreza, vivem em condições de falta de saneamento, recebem pouco cuidado ou pouca estimulação mental e uma nutrição empobrecida nos primeiros anos de vida têm maior probabilidade que seus contemporâneos ricos de crescerem com defasagem corporal e mental. Estas crianças tendem a ter um desempenho fraco em sala de aula, repetir séries escolares e não alcançarem bons índices de desenvolvimento. No campo profissional, eles são capazes de desempenhar apenas trabalhos que requerem menos habilidades e obter salários mais baixos. Quando eles têm filhos, um ciclo de herança de pobreza recomeça – e isso se repete pelas gerações.

Os primeiros anos de vida de uma criança são particularmente importantes. Evidências dessa importância continuam a se mostrarem cada vez mais com os avanços teóricos apoiados pelos dados empíricos de muitas disciplinas – por exemplo, Neurociências, Ciências Sociais, Psicologia, Economia, Educação. O prêmio Nobel James Heckman realizou um estudo de caso sobre a importância dos primeiros anos de vida das crianças, evidenciando serem um período crítico para a formação de habilidades e capacidades e serem determinantes para os resultados do ciclo de vida. Segundo sua argumentação, a acumulação de capital humano é um processo dinâmico no ciclo da vida, no qual habilidades geram habilidades. Mas as políticas atuais de Educação e Treinamento para o Trabalho são mal concebidas, tendendo a focar nas habilidades cognitivas, mensuradas por resultados em testes de QI, negligenciando a importância crítica das habilidades sociais, da autodisciplina, da motivação e de outras “habilidades sutis” que determinam o sucesso na vida.

Talvez, três ideias sejam chave para entender o Desenvolvimento Infantil Inicial (Desenvolvimento da Primeira Infância).

- *O poderoso papel da vida familiar e dos primeiros anos de vida na configuração das capacidades dos adultos.* Os fatores familiares nos primeiros anos de vida desempenham um papel crucial no estabelecimento das diferenças nas habilidades cognitivas e não cognitivas. Heckman conclui que as capacidades não estão definidas ao nascer ou são apenas determinadas geneticamente, mas são afetadas causalmente pelo investimento dos pais em suas crianças e que uma medida apropriada de desvantagem está mais relacionada à falta de qualidade do cuidado oferecido pelos pais, do vínculo, da consistência e da supervisão, que da renda familiar por si só.

¹ Texto extraído do blog formulado para *Human Development Report Office 2014 Occasional Paper intitulado: Addressing and Mitigating Vulnerability Across the Life Cycle*. In: UNDP's HDDialogue: <http://hdr.undp.org/en/content/case-investing-early-childhood>

- *Múltiplas capacidades configuram a habilidade dos indivíduos a funcionarem em sociedade.* Ter um conjunto nuclear de capacidades (cognitivas ou não cognitivas) promove sucesso em muitos aspectos da vida. Intervenções na Primeira Infância têm grande impacto essencial na promoção de habilidades não cognitivas.
- *A formação de capacidades é sinérgica, isto é, uma capacidade favorece outra.* Habilidades cognitivas e não cognitivas interagem dinamicamente para formar a evolução de capacidades subsequentes. O desenvolvimento de habilidades cognitivas e não cognitivas nas crianças (por exemplo, conscientização, autorregulação, motivação, cooperação, persistência, preferência de uso do tempo, visão a longo prazo) reflete os investimentos no capital humano feito pelos pais e crianças.

Estudos sobre a formação de habilidades mostram que o retorno dos investimentos na escolarização é mais alto para as pessoas com habilidades mais altas quando estas habilidades são formadas mais cedo. A figura abaixo representa esta sinergia de competências, que também inclui a saúde.

Quadro 1 – Interação de competências humanas

Habilidades socioemocionais	→	Habilidades cognitivas
A criança consegue ficar sentada, prestar atenção, engajar-se na atividade, experimentar		
Saúde	→	Habilidades cognitivas
A criança perde poucos dias de escola; tem habilidade de concentração		
Habilidades cognitivas	→	Produção de melhores práticas de saúde; produção de mais motivação; maior percepção de recompensas
A criança entende e controla melhor seu ambiente		
RESULTADOS	Maior produtividade, maior renda, melhor saúde, mais investimento familiar, ascensão social, custos sociais reduzidos	

Fonte: HECKMAN, J. *A Economia da Desigualdade e o Desenvolvimento Humano*. Apresentação realizada no I Seminário Internacional do Marco Legal da Primeira Infância, Câmara dos Deputados, em 16 de abril de 2013.

Desse modo, o desenvolvimento humano é um poderoso gerador de equidade. Os investimentos na Primeira Infância conduzem a benefícios significativos em longo prazo, que reduzem a lacuna entre alta e baixa renda familiar. Investir em crianças novas em situação de desvantagem “promove justiça e equidade social e, ao mesmo tempo, promove produtividade na economia e na sociedade como um todo”.

Contudo, as políticas sociais frequentemente são remediativas e fragmentadas, focando em apenas um problema por vez. Heckman² destaca:

Com frequência, os governantes desenham programas para as crianças como se elas vivessem suas vidas em compartimentos, como se cada estágio da vida da criança fosse independente do outro, desconectado do que veio antes ou do que virá depois. É hora dos formuladores de políticas olharem para além dos compartimentos, começarem a reconhecer que investimentos consistentes, com custo-efetivo nas crianças e jovens, podem se pagar por si mesmos.

2 HECKMAN, J. Beyond Pre-K: Rethinking the Conventional Wisdom on Educational Intervention. *Education Week*, Vol. 26, Issue 28, p. 40, March 19, 2007. Em: <http://www.edweek.org/ew/articles/2007/03/19/28heckman.h26.html?tkn=PZMFDxnG36OMv7YIX%2FiKfOI35%2BLyvtqPNnbK&int-c=es>

Pode-se perceber claramente que é mais equitativo e tem melhor relação custo-benefício investir em programas para a Primeira Infância, que podem favorecer o potencial das crianças, ao invés de pagar mais tarde para tentar remediar o que podia ter sido prevenido. Então, nós devemos começar uma abordagem mais compreensiva para os primeiros anos de vida – isto é, *equidade desde o início*.

Esforços para o desenvolvimento da Primeira Infância devem convergir para quatro tarefas de uma agenda inacabada – redirecionamento de políticas sociais para focarem nas crianças mais novas, incorporação do Desenvolvimento da Primeira Infância em modelos de saúde pública, mensuração de resultados e vinculação desses aos programas e políticas, além de comunicação da importância do desenvolvimento de um cérebro saudável na idade de 0 a 6 anos.

As crianças só podem ter um pleno desenvolvimento quando houver instituições fortes e todas as políticas corretas forem feitas. Nós devemos a elas e a nós mesmos algo melhor do que já tem sido feito.

CENÁRIO MUNDIAL DAS POLÍTICAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA³

Gaby Fujimoto

Doutora em Educação, Especialista em Primeira Infância, Secretária Técnica e de Assuntos Externos da Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância

Nos últimos anos, em nível mundial, foram realizados progressos e decisões políticas transcendentais em matéria legislativa sobre proteção, cuidado e educação das crianças na primeira infância. Estes demonstram avanços sintonizados com as novas evidências científicas sobre o desenvolvimento humano, a importância da atenção e educação de qualidade na primeira infância e a aplicação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (CDC, 1989). Esta realidade reflete que se adotaram e se atualizaram normas e regulações de grande impacto em benefício da primeira infância, ainda que persista o desafio em relação à etapa que vai desde a gestação até os dois anos de idade, ou os 1000 primeiros dias de vida do ser humano, que, como demonstram as pesquisas, é o período mais determinante no desenvolvimento humano. As experiências vividas nestes mil primeiros dias formam a base da aprendizagem socioemocional, cognitiva e física, que assegura o êxito futuro na sociedade e durante a escolarização.

Neste contexto, existem países cujos governantes têm a firme convicção de que se deve garantir a formulação de políticas baseadas em evidências. Por isso, as decisões que adotaram nos trazem lições que podem servir de referência aos países da América Latina e do Caribe em matéria de legislação, políticas, programas e serviços para a atenção e educação de qualidade da primeira infância. A conjuntura para compartilhar e refletir sobre estes temas coincide com a oportunidade que o Governo brasileiro nos oferece de refletir acerca do Marco Legal das Políticas Públicas sobre a Primeira Infância, que tem essa mesma intencionalidade.

Este documento contém as decisões mais recentes que ocorreram no mundo para definir políticas e programas de primeira infância. Está organizado em quatro partes:

A primeira revisa argumentos e evidências provenientes de diversas ciências e disciplinas que sustentam a importância e fundamentam a intervenção junto à primeira infância. Ela reitera a relevância da participação dos pais para contribuírem no desenvolvimento pessoal das crianças, a extrema importância dos mil primeiros dias de vida do ser humano para desenvolver aprendizagens significativas e outros fundamentos científicos que reforçam as políticas públicas.

A segunda parte apresenta a evolução das medidas legislativas aprovadas pelos governos para aplicar a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e seus 17 Comentários Gerais. Analisa desde a Declaração de Jomtien (1990) e de Dakar (2000) até as Metas do Milênio 2000-2015 para demonstrar que a primeira infância está presente nas agendas políticas e reitera a necessidade de alicerçar aprendizagens desde o período

3 Tradução do original em espanhol por Ivânia Ghesti-Galvão. Versão original disponível pelo site: marcolegal.co.

de gestação. Conclui analisando os compromissos regionais, como a Cúpula de Presidentes das Américas e de Ministros de setores sociais – 2015, em que os temas de equidade, qualidade, inclusão, participação se associam às 17 metas Pós Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (194 governos, com apoio do sistema das Nações Unidas se comprometeram com as novas metas). Em setembro de 2015, se definirá o texto final da quarta meta (4.2), que ressalta a atenção integral à primeira infância e se relaciona com dez outras metas.

A terceira parte enumera os avanços das medidas políticas, as experiências e lições que foram desenvolvidas tanto pelos governos como pela sociedade civil e que podem ser replicadas. Apresentam-se aqui as experiências que foram organizadas em nível mundial para recriar os textos, desde a União Europeia que geralmente lidera as mudanças, até os avanços mais importantes que estão se desenvolvendo na Região das Américas.

Finalmente, após a análise do estado da arte do marco legal das políticas públicas da primeira infância, propõe-se um corpo de conclusões e reflexões. E, em anexo, apresentam-se os “17 Comentários da Convenção Internacional dos Direitos da Criança” e os “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”.

1. EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE FUNDAMENTAM AS POLÍTICAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA

A primeira infância é a etapa do ciclo vital que abrange desde o nascimento até os 8 anos⁴. A Primeira Infância é importante porque nela se estruturam as bases fundamentais do desenvolvimento humano, tanto físicas como psicológicas, sociais e emocionais, as quais vão consolidando-se e aperfeiçoando-se nas etapas seguintes de desenvolvimento⁵. Desde o nascimento, tem-se um período intenso de desenvolvimento, altamente sensível, com potencial para se desenvolver e se educar com base nas experiências e oportunidades de aprendizagem que sejam oferecidas. Gardner (1987), em sua Teoria das Inteligências Múltiplas, demonstra que cada criança pode desenvolver qualquer dos oito tipos de inteligência, segundo a qual tenha maior potencialidade, o que contribui para a solidez de sua autoestima.

As pesquisas da neurobiologia, da pedagogia, da sociologia e da economia, entre outras, e as lições de muitos países demonstram que os estímulos que a criança recebe desde sua gestação são cruciais para seu desempenho na idade adulta, é uma etapa de grande plasticidade cerebral (MUSTARD, 2002, 2010). A proteção à mãe com atenção, cuidado da saúde e alimentação adequada garantem a seu filho, desde a gestação até os primeiros mil dias de vida, bases sólidas para construir todas as dimensões do desenvolvimento: físicas, motoras, intelectuais socioemocionais, de personalidade, caráter e apego positivo que contribuirão para sua segurança emocional, desenvolvimento da confiança básica (MUSTARD, 2002; GOLEMAN 1998) e demais bases sobre as quais se assenta todo o desenvolvimento ulterior (NASH, 1997).

Além da evidência teórico-científica da neurociência sobre o desenvolvimento do cérebro e a formação das conexões neuronais, a grande relevância das interações das crianças com seus pais e familiares para construir estruturas afetivas, sociais e cognitivas aumentam o impacto que estas experiências tem para a transição à escolarização. Há uma série de argumentos sociológicos, econômicos, jurídicos, psicológicos, pedagógicos, éticos e políticos que fundamentam a imperiosa prioridade de atenção e educação da primeira infância (GARDNER 1987; ARMSTRONG 2008; ZULUAGA, 2007).

4 No Brasil, considera-se primeira infância o período até os seis anos de idade.

5 **CRC/C/GC/7/Rev.1, OBSERVAÇÃO GERAL Nº 7 (2005). “Definição da primeira infância.** (...) varia nos diferentes países e regiões, segundo suas tradições locais e a forma em que estão organizados os sistemas educacionais. Em alguns países, a transição da etapa pré-escolar à escolar ocorre pouco depois dos 4 anos de idade. Em outros países, esta transição ocorre por volta dos 7 anos”.

Quando o pai se inter-relaciona e brinca com seu filho ou filha pode alterar a função cerebral para toda a vida e se essa influência positiva é permanente e com informação adequada, fortalecerá sua capacidade de aprender (GOLEMAN, 1998; MUSTARD, 2005). É muito importante que os pais – que têm alto impacto no desenvolvimento infantil como primeiros e principais educadores – desfrutem de benefícios sociais como a licença-maternidade, amamentação, paternidade e parentalidade para que se inter-relacionem com seus filhos desde a gestação para alcançar resultados de qualidade.

O Informe da OIT (2014, p.7) sobre as licenças-maternidade diz: “ocorreu uma mudança mundial paulatina em relação à sua duração, que considera como mínimo 14 semanas” (De um total de 183 países; 98 cumprem com a norma e 62 superam 18 semanas remuneradas). Por outro lado, diz ainda que: “as disposições relativas à licença-paternidade são mais comuns e refletem a evolução da visão da importância do cuidado pelos pais; em 78 países apenas existe a licença-paternidade obrigatória e remunerada”.

Em fins de março de 2015, uma equipe de neurocientistas dirigida por Kimberly Noble, da Universidade de Columbia, Nova Iorque e Elizabeth Sowel do Hospital de Los Angeles, California, investigaram os fundamentos biológicos do impacto da pobreza e do *status* socioeconômico vinculado ao comportamento e às habilidades cognitivas dos seres humanos. Ao analisar as imagens dos cérebros de 1.099 crianças, adolescentes e adultos de várias cidades dos Estados Unidos, seus resultados indicaram que o estresse da pobreza pode lesionar os cérebros das crianças cujos pais tem rendimentos inferiores a US\$ 25.000 anuais. Elas apresentam até 6% menos de superfície cerebral que as crianças cujos pais ganham mais de US\$ 150.000/ano. As disparidades se associaram com diferenças importantes na estrutura do cérebro em áreas associadas com linguagem, tomada de decisão, leitura e memorização. Martha Farah, neurocientista cognitiva da Universidade da Pensilvânia (Filadélfia), e outros pesquisadores encontraram resultados similares em outros estudos, e planejam continuar suas pesquisas para avaliar se esta realidade se modificará no curso de vida das crianças.

Nash (1974) chegou à mesma conclusão: “o estresse extremo por efeito da pobreza também tem efeito negativo nos neurônios relacionados com a aprendizagem e a memória. No entanto, comprovou-se que as crianças consideradas de alto risco por diversas patologias, mas que receberam atenção integral durante os primeiros seis meses de idade, reduziram o risco de retardo mental em até 80%. À idade de 3 anos, estas crianças mostravam coeficientes de inteligência de 15 a 20 pontos superiores a crianças com antecedentes e condições similares que não tinham participado destes programas. Os resultados se mantiveram até a idade de 15 anos, o que demonstra que os programas de atenção integral nos dois primeiros anos podem ter efeitos cumulativos de longa duração.

Os pesquisadores Betty Hart e Todd Risley (2003), da Universidade de Kansas, avaliaram os intercâmbios diários de linguagem e vocabulário entre pais e filhos de diferentes procedências socioeconômicas. Seus achados encontraram amplas disparidades depois de quatro anos de acompanhamento de 42 famílias. As diferenças de interações entre pais e filhos produziram discrepâncias significativas no número de palavras e no tipo de mensagens que se transmitiam. As crianças de lares com nível socioeconômico alto, quando completavam quatro anos de idade, estavam expostas a 30 milhões de palavras e as crianças de famílias de baixa renda alcançavam menos de um terço deste repertório. Tais experiências têm efeitos duradouros e repercussões importantes no desempenho das crianças no futuro, em sua vida escolar e como cidadãos.

Os distintos graus de desnutrição, especialmente de crianças que nascem e crescem em ambientes de pobreza e extrema pobreza, podem ser revertidos com uma nutrição adequada durante a gravidez e os dois primeiros anos de vida, a fim de obter o desenvolvimento normal do cérebro. As práticas apropriadas de amamentação materna também podem contribuir para o desenvolvimento emocional e cognitivo saudável da

criança. As pesquisas têm demonstrado que existe efeito sinérgico entre os cuidados de saúde, a nutrição e a educação se são oferecidos de maneira oportuna e adequada desde a gestação; e que o padrão de crescimento, determinado geneticamente, pode ser modificado por fatores exógenos, por exemplo a nutrição.

Daniel Goleman (1998), da Universidade de Harvard, USA, afirmou que a influência da inteligência emocional é crucial para o futuro da criança, que há necessidade de repensar as bases da educação. A vida emocional, diz Goleman, é um âmbito tal qual a matemática e a leitura, pode-se manejar com maior ou menor destreza e requer um conjunto de habilidades. As pessoas com habilidades emocionais bem desenvolvidas têm maior probabilidade de sentirem-se satisfeitas, ser eficazes em sua vida e dominar os hábitos mentais que favoreçam sua própria produtividade.

Os pais e particularmente a mãe, de acordo com a sintonia ou a resposta que dá a seu filho(a), modela as expectativas emocionais relacionadas com o compartilhamento de sentimentos. A falta de sintonia predispõe a um prejuízo emocional muito alto, não apenas para a criança. Os bebês de três meses, diante de mães deprimidas, reagem com sentimentos de ira e tristeza, com menos curiosidade, interesse e espontaneidade. O enfoque transdisciplinar é convincente para compreender o desenvolvimento humano (CDC, 1989). A relação entre lactantes e pais ou cuidadores primários reveste-se de suma importância para o desenvolvimento emocional, psicológico e cognitivo da criança. Os problemas de desenvolvimento e conduta – que muitas vezes perduram ao longo da vida – derivam-se normalmente de conflitos nessa relação.

De fato, os pais são os principais e mais importantes educadores do cérebro. Entre outras coisas, eles podem ajudar os bebês a aprender adotando um estilo rítmico de linguagem e outras condutas. O ambiente é importante, mas também depende da estimulação para que o bebê observe, escute, toque e experimente repetidamente as emoções.

Comprovou-se que algumas estruturas do cérebro, tais como visão, audição, tato e em geral todos os sentidos se desenvolvem precocemente, enquanto outras, como a linguagem e o pensamento lógico-matemático, se desenvolvem mais adiante, mas com uma alta probabilidade de receber influência das experiências iniciais. Os estímulos recebidos pelo bebê durante a gravidez ou pouco depois do nascimento são cruciais para seu desempenho na idade adulta (MUSTARD, 2002, 2010). A criança necessita do apoio de múltiplas áreas: estimulação e experiências para facilitar numerosas conexões neuronais que aumentem a capacidade e funções do cérebro; interação com os pais e cuidadores para enriquecer sua capacidade de aprendizagem; proteção, cuidado, boa saúde, alimentação para seu bem-estar; e acesso a programas de educação de qualidade para o desenvolvimento de competências sociais, linguísticas e de preparação para a educação formal.

Thomas Armstrong (2008) afirma que a genialidade da infância é demonstrada nos fatos do dia a dia, quando a criança demonstra traços de criatividade, diversão, curiosidade, espanto, sabedoria, alegria, criatividade, vitalidade, sensibilidade, imaginação e humor. A evidência científica da genialidade da infância pode ser neurológica, já que o cérebro da criança é mais ativo, flexível e rico em conexões. Assinala, entre outros achados, que a criança tem a capacidade de aprender uma língua sem uma instrução formal. Sobre os fatores que reprimem a genialidade da infância, acentua a existência de influências negativas no ambiente doméstico (ansiedade, pobreza e alto nível de estresse), influências negativas da escola (exames, rotulação e planos de estudo inadequados) e influências negativas da cultura popular (especialmente os meios de comunicação, violência, mediocridade e modelos empobrecidos). Assegura que o apoio do pai ou do educador pode proporcionar experiências simples que provocam deslumbramento, curiosidade, clima cordial, amável, não crítico, centrado na criança e utiliza-se de teorias de aprendizagem como as de Howard Gardner, sobre inteligências múltiplas, facilita-se a descoberta dos aspectos únicos de genialidade de cada criança.

Considerando que as crianças estão aprendendo muito rapidamente durante os primeiros oito anos de vida, o que lhes proporciona as bases fundamentais para progressos durante toda sua vida, o Instituto de Medicina (IOM) e o Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos (*Institute of Medicine and National Research Council*) foram encarregados de investigar as implicações da ciência do desenvolvimento infantil nos profissionais e agentes educativos que trabalham com crianças dessas idades. Em abril de 2015 publicaram os resultados dessa investigação, ratificando que a função dos adultos – que oferecem cuidado e educação – é de grande responsabilidade para a saúde, o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças; que existe informação suficiente sobre as capacidades, aprendizagens e metodologias que os profissionais devem ter para apoiar esta etapa da infância. No entanto, esse conhecimento ainda não se reflete nas capacidades e práticas dos trabalhadores, nas políticas, infraestrutura, conteúdos profissionais e na supervisão dos setores a que pertencem. O relatório de pesquisa analisa os resultados da investigação e recomenda em detalhe a necessidade de preparar uma força de trabalho que, desde as distintas disciplinas, unifique e use a mesma base científica para oferecer apoio consistente, de alta qualidade para o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças desde o nascimento até os oito anos.

O conceito de ensino tem sido reconceitualizado, há várias décadas, modificando o papel tradicional do professor. Na atualidade, o ensino é concebido como um processo interativo em que as crianças realizam suas aprendizagens em interação com seu contexto, com outras crianças e com o objeto do conhecimento. O professor ou agente educativo assume aqui o papel de mediador no processo de aprendizagem.

A presença do adulto é fundamental para organizar situações de aprendizagem, para interagir com as crianças e oferecer-lhes apoio. A bibliografia especializada assinala que não há um nível de inteligência fixo, que esta pode ser modificada pelas experiências e oportunidades que se ofereçam à pessoa, e que cada criança é única, com um ritmo e estilo de aprendizagem pessoal. Todos possuem capacidades diversas e um grande potencial de aprendizagem, tal como postulado por Gardner ao referir-se às inteligências múltiplas.

O brincar é uma das características mais distintivas da primeira infância, as crianças podem desfrutar das capacidades que têm quando podem colocá-las à prova. O valor do jogo criativo e da aprendizagem exploratória está amplamente reconhecido na educação na primeira infância. E no planejamento das cidades e das instalações de lazer e brincadeiras deve-se levar em consideração o direito das crianças de brincar e expressar suas opiniões (CDC, art. 12), mediante consultas adequadas.

Para enfrentar o mundo, que será próspero, imprevisível, incerto e desafiador, os pesquisadores do Centro de Pesquisa e Inovação Educacional da Organização para a Cooperação Econômica e do Desenvolvimento (CERI/OECD) dizem que a educação pode preparar as crianças em suas habilidades cognitivas (*cognitive skills*), que compreendem a leitura, escrita, matemática e solução de problemas. Por outro lado, as habilidades sociais e emocionais (*social and emotional skills*) podem melhorar a educação com condutas de perseverança, autoestima, resistência e comunicação. A evidência sugere que as habilidades sociais e emocionais podem ser tão poderosas como as habilidades cognitivas na promoção de êxitos que se estendem para toda a vida, para além da infância. Estas conclusões foram ratificadas no Fórum de Políticas de Alto Nível sobre “Habilidades para o Progresso Social”, realizado em São Paulo, Brasil, em março de 2014. Foi organizado pelo Ministério de Educação, pelo Instituto Nacional de Pesquisas e Estudos Educacionais Anísio Teixeira (INEP), pelo Instituto Ayton Senna, pelo Centro para Pesquisa e Inovação Educacional da Organização para Cooperação Econômica e do Desenvolvimento (CERI-OECD), em que trataram das evidências científicas que demonstram que as habilidades emocionais e sociais contribuem para o êxito das aprendizagens para a vida e a escolaridade.

A organização do ambiente físico e social, junto com as experiências, desempenham um papel central no desenvolvimento do cérebro e das funções associadas nos primeiros anos de vida. A qualidade e a diversidade das experiências que se oferecem por meio de estratégias metodológicas diversas que promovam a brincadeira, a iniciativa, a exploração, a descoberta, a comunicação, a criatividade, a manipulação de materiais que estimulem o desenvolvimento sensorial e motor, orientados ao desenvolvimento da relação de causalidade, de solução de problemas e a expressão de emoções, são fundamentais na educação infantil. Também há que se desenvolver experiências sociais, seja no grupo familiar ou em outros espaços, para que as crianças adquiram competências pró-sociais que permitam atuar cada vez com maior autonomia e segurança para continuar a aprendizagem sobre o mundo que as rodeiam.

James Heckman, prêmio Nobel em Economia (2000), ao avaliar os dados sobre o desenvolvimento humano nos Estados Unidos, observou que “a maneira mais eficiente de remediar problemas causados por ambientes familiares adversos é investir nas crianças em seus primeiros anos de vida” (Entrevista, junho de 2005). O projeto *High Scope Perry Preschool* demonstrou com um estudo longitudinal, que acompanhou as crianças desde os 3 até os 41 anos de idade, que o investimento de cada dólar em programas de alta qualidade com respostas apropriadas às demandas das crianças resulta em um retorno de mais de 17 dólares por cada 1 dólar investido em programas sociais. Heckman expôs, em Conferência realizada durante o I Seminário Internacional do Marco Legal da Primeira Infância, na Câmara dos Deputados, em 16 de abril de 2013, que:

As políticas devem ser sábias, levar em conta os resultados das ciências para fundamentá-las e devem ser bem planejadas para transferir capacidades. O investimento em políticas públicas para a primeira infância desde as idades mais precoces previne e melhora o estado de bem-estar e a abordagem das potencialidades do ser humano, tem impacto na redução das enfermidades crônicas das crianças pequenas, em suas habilidades sociais, cognitivas, emocionais e no rendimento e produtividade por toda sua vida (HECKMAN, 2013).

Atualmente, há poucas dúvidas de que o investimento no desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida proporciona um maior retorno à sociedade que os investimentos em outros projetos. Jacques Van der Gaag, economista holandês que trabalhou no Banco Mundial, concluiu que o desenvolvimento da criança na tenra idade afeta a educação, a saúde física e mental, a qualidade de uma sociedade (o capital social) e a igualdade. O investimento no desenvolvimento da criança em idades iniciais é um pivô para o crescimento econômico e para o desenvolvimento e a manutenção das sociedades democráticas.

Os políticos têm reconhecido que o acesso equitativo ao cuidado e à educação infantil de qualidade pode reforçar as bases da aprendizagem de toda a vida e apoiar as grandes necessidades educativas e sociais das famílias. “A construção de bases mais sólidas pode levar a uma maior equidade social e econômica” (MUSTARD, 2006, p. 87). A atenção e educação para esta faixa etária, por ser crucial, requer um marco teórico-conceitual que cubra todas as dimensões do desenvolvimento infantil. O enfoque a se adotar – tanto para a formulação de políticas, como para o projeto de execução de programas formais e não formais – deve ter uma orientação científica clara.

2. EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA

As políticas de primeira infância, legislação, normas e regulações definem o sistema legal e judicial sobre como operam os governos, seus papéis desde o nível nacional, a relação dos setores com as unidades

locais, responsabilidades, financiamento e alcance das regulações, os parâmetros de qualidade dos serviços, os responsáveis pela implementação, os argumentos científicos, legais, sociais, princípios, metas de cobertura, cursos de ação, colaboração interinstitucional, planos que derivam dos marcos, previsões de monitoramento, *follow up* e avaliação e detalhes específicos. Se as políticas contam com regulamentação detalhada dos mandatos aprovados, facilita-se sua implementação, *follow up* e avaliação.

Um dos tratados universais que fundamenta as políticas de primeira infância é a **Convenção sobre os Direitos da Criança** (CDC⁶), aprovada em 1989 e ratificada até a presente data por 193 países em nível mundial. Sua aplicação, respaldada por inúmeras pesquisas, está modificando substancialmente a concepção de “criança”, considerando-a como pessoa, sujeito social de Direitos desde a gestação, o que significa que ela tem capacidade para pensar, inter-relacionar-se, aprender, criar, tomar decisões, eleger opções, expressar seus sentimentos, interagir com o meio ambiente, entre outros.

A Convenção (CDC) estabelece o Comitê dos Direitos da Criança com profissionais representantes de cada país, encarregados de dar prosseguimento ao cumprimento da CDC e recomendar aos Estados Membros enriquecer, adaptar, melhorar ou criar legislação, serviços ou programas que complementem os marcos jurídicos e mecanismos de aplicação dos artigos da CDC. Foram elaborados 18 Comentários Gerais (2001-2015) que trazem detalhes técnico-políticos e pedagógicos com maior amplitude e profundidade. Desenvolvem temas sobre: finalidades da educação, saúde, violência, crianças portadoras de deficiências, primeira infância, participação, infância indígena, infância e empresas, o direito ao brincar e lazer, o direito das mulheres, entre outros (Ver Anexo 1).

O Comentário Geral N° 7/Rev.1, sobre Realização dos Direitos da Criança na Primeira Infância (2005) oferece uma maior compreensão acerca da primeira infância. Advoga em favor da definição de políticas e planos de ação, leis, programas, práticas, capacitação profissional e investigação orientada ao melhor cumprimento dos Direitos. Argumenta que a educação começa antes que a criança nasça e é um processo permanente. Tem uma seção completa sobre implicações políticas da nova visão de primeira infância, as responsabilidades da família e a assistência do Estado para os pais, assim, indica como se pode proporcionar a assistência apropriada no marco das políticas globais, incluindo saúde, educação e cuidado nos primeiros anos, especialmente para a população mais vulnerável.

Junto com a CDC, fizeram-se outros compromissos políticos mundiais, entre eles, há quase 25 anos, na Tailândia, os governos aprovaram a **Declaração de Jomtien** (1990) ou *Declaração sobre Educação para Todos (EPT)*, centrada em “satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem de todos”. Isto significa o pacto pela universalização do ensino elementar e pela redução drástica dos índices de analfabetismo.

Dez anos depois, no Fórum Mundial sobre Educação (2000), em Dakar, após avaliar resultados, lições e desafios de Jomtien, se estabeleceram oficialmente seis metas, na **Declaração de Dakar sobre Educação para Todos (EPT)**. Estas abarcam todos os aspectos do Ensino Básico, desde a aprendizagem na primeira infância até a alfabetização de adultos e a qualidade da educação. Aprovou-se o ano de 2015 como data limite para alcançar essas metas e explicitar o compromisso de “Expandir e melhorar o cuidado e a educação da primeira infância”.

Na Assembleia Geral das Nações Unidas, os representantes de governo se comprometeram com os Objetivos do Milênio (ODM). Estes são um marco de trabalho universal para o desenvolvimento no período 2000–2015, com oito objetivos focalizados em: i) luta contra a pobreza e a fome; ii) melhoria e universalização

6 A Declaração dos Direitos da Criança (1959) firmada pelas Nações Unidas é o antecedente da CDC. Contém dez direitos e oito deveres das crianças. Por sua vez é antecedida pela Declaração de Genebra de 1924. Em: <http://www2.ohchr.org>

da educação básica; iii) promoção da igualdade entre os sexos e autonomia da mulher, respeito aos Direitos Humanos, incluindo os Direitos das Minorias; iv) melhoramento da saúde, redução da mortalidade infantil; v) melhoria da saúde materna; vi) Combate ao HIV/AIDS, à malária e outras enfermidades; vii) interrupção da deterioração ambiental e garantia da sustentabilidade do meio ambiente; viii); e fomento a uma associação mundial para o desenvolvimento.

Quatro dos oito objetivos se associam ao tema da educação, cuidado e desenvolvimento infantil. O Programa de EPT e os ODM assumem que investir nas crianças pequenas é uma decisão acertada e inteligente, já que há provas cada vez mais consistentes que demonstram que elas deveriam ser prioridade para se romper o ciclo da pobreza.

Os **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** (ODM) qualificam-se como a ferramenta mais exitosa na história para se lutar contra a pobreza. Do ano de 2000 até setembro de 2015 representaram o horizonte, especialmente para 192 países-membros das Nações Unidas, rumo ao qual o mundo projetou suas aspirações, visando alcançá-los junto com as 6 metas de Educação para Todos (EPT). Dado que se realizaram avanços no cumprimento dos ODMs, mas não se atingiram suas oito metas, as Nações Unidas e outros organismos vem mobilizando 193 países do mundo para definir a Agenda das Políticas Gerais, do período posterior a 2015. E decidiram que, com base na experiência dos ODM, deve-se criar um programa de desenvolvimento com temas cruciais de bem-estar, dignidade, Direitos, educação inclusiva, sobrevivência, consumo-produção e qualidade de vida do ser humano; também único em termos de sustentabilidade do meio ambiente.

2.1. Metas para o Desenvolvimento Sustentável 2015-2030

O informe do Secretário-Geral da Assembleia Geral das Nações Unidas, A/69/700, de 4 de dezembro de 2014, propõe uma agenda universal e transformadora para o desenvolvimento sustentável, baseada em direitos, na qual as pessoas e o planeta ocupam um lugar central. Estabelece um conjunto integrado de seis elementos essenciais:

- Dignidade: acabar com a pobreza e lutar contra as desigualdades;
- Pessoas: assegurar uma vida saudável, conhecimento e inclusão de mulheres e crianças;
- Prosperidade: desenvolver uma economia sólida, inclusiva e transformadora;
- Planeta: proteger nossos ecossistemas para todas as sociedades e para nossos filhos;
- Justiça: promover sociedades seguras e pacíficas e instituições sólidas;
- Associação: catalizar a solidariedade mundial para o desenvolvimento sustentável;

Esses seis elementos constituem os insumos para as Metas, sendo compreendidos como os temas cruciais para o desenvolvimento sustentável. Seu texto final foi aprovado em setembro de 2015 nas Nações Unidas e consta com 17 objetivos com uma perspectiva de execução até 2030. Entre eles, o objetivo 4⁷ se refere a “Garantir uma educação de qualidade inclusiva e equitativa e promover oportunidades de aprendizagem permanente para todos” e especifica, no item 4.2, “até 2030, assegurar que todas as crianças tenham acesso à Educação, cuidado e desenvolvimento infantil de qualidade na primeira infância, para que estejam preparados para a educação primária”. (Ver Anexo 2 – Transformar nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada na Assembleia Geral da ONU, em 25 de setembro de 2015).

7 <http://nacoesunidas.org/pos2015/ods4/>.

2.2. Fórum Mundial sobre Educação 2015-2030

Entre outras reuniões mundiais, como as de Mudança Climática, Financiamento, entre outras, que foram realizadas como parte da estratégia de construção das Metas para o Desenvolvimento Sustentável, a UNESCO, juntamente com o Governo da República da Coreia, convocaram os Ministros de Educação, gestores e autoridades da sociedade civil, bancos, universidades, entre outros, para celebrar, entre os dias 19 a 22 de maio de 2015, o Fórum Mundial sobre a Educação 2015-2030, em que aprovaram a **Declaração de Incheon**⁸: “Educação até 2030 rumo a uma educação equitativa, de qualidade e com aprendizagens ao longo de toda a vida”. Seus compromissos são coerentes e associados às outras 16 metas e objetivos para o desenvolvimento sustentável. Inspira-se em uma visão humanista da educação e do desenvolvimento, baseada nos Direitos Humanos e na dignidade, justiça social, inclusão, proteção, diversidade cultural, linguística e étnica e corresponsabilidade e prestação de contas.

Outros temas substantivos são:

- Reconhece a educação como chave para alcançar o pleno emprego e a erradicação da pobreza;
- Centraliza os esforços no acesso, equidade e inclusão, qualidade e resultados, dentro de um enfoque de aprendizagem permanente;
- Se compromete a fazer as mudanças necessárias nas políticas educativas focalizando os esforços nos mais desfavorecidos, especialmente aqueles com deficiências, as políticas de gênero, planejamento e ambientes de aprendizagem;
- Assegura que os professores e educadores serão empoderados, bem capacitados, profissionalmente qualificados, apoiados em sistemas de recursos, eficientes e eficazmente regulados;
- Orienta-se no sentido de promover oportunidades de aprendizagem permanente de qualidade para todos, em todos os contextos e em todos os níveis da educação oferecidos em ambientes de aprendizagem seguros, solidários e assegurando ambientes livres de violência”.

Aqueles que subscreveram a Declaração aceitam que:

- A responsabilidade fundamental para a implementação com êxito deste programa recai sobre os governos, decididos a estabelecer marcos legais e políticas que promovam a prestação de contas e a transparência, assim como uma governança participativa e alianças coordenadas em todos os níveis e setores e a defender o direito à participação de todos os interessados;
- Aumentarão os gastos públicos na educação, conforme o contexto do país;
- Solicitarão apoio a doadores para aumentar o financiamento à educação; e
- Desenvolverão vigilância nacional integral e sistemas de avaliação para a formulação de políticas, a gestão dos sistemas educativos e a prestação de contas. (Ver Declaração de Incheon: Educação 2030).

Por outro lado, no Hemisfério celebram-se as Cúpulas das Américas da Organização dos Estados Americanos (OEA) com os Chefes de Estado e de Governo (Chile, 1998 até Panamá, 2015); as reuniões de Ministros de Educação da Organização dos Estados Ibero-americanos (OEI) (2000-2021) e da OEA, que também aprovaram Declarações e/ou Resoluções regionais e subregionais onde consta legislação explícita

8 Declaração de Incheon. Maio 2015. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002331/233137POR.pdf>.

sobre a importância do desenvolvimento, cuidado e educação da primeira infância. Entre eles, em 2007, na Colômbia, se aprovou o *Compromisso Hemisférico pela Educação da Primeira Infância* na V Reunião de Ministros de Educação, que se inspira na Convenção (CDC) e nos Comentários Gerais nºs 7, 9.11, 12. Este foi retificado em 2009 no Equador e, em 2012, no Suriname, assim como nas Assembleias Gerais dos mesmos anos. Em fevereiro de 2015, se aprovaram compromissos políticos dos Ministros de Educação da OEA, como a Resolução “Construção de uma agenda educativa Interamericana: Educação com equidade para a prosperidade”, na qual um dos três temas prioritários é a Atenção Integral à Primeira Infância (junto com educação de qualidade, inclusiva e com equidade e fortalecimento da profissão docente). Sobre esta declaração em particular, foi elaborada uma Agenda Educativa Interamericana, com grupos de trabalho dos vários países, que será apresentada em Bahamas, no ano de 2017.

Todos os compromissos políticos assinalam que a maior dívida que se tem é com a população pobre marginalizada, da qual há que se melhorar a qualidade de vida, dando-lhe prioridade à infância, impulsionando a formulação, consolidação e colocação em prática de políticas públicas integradas, que articulem esforços com organismos financeiros e de cooperação e que se deve trabalhar partindo da família. Os compromissos políticos destacam argumentos sólidos de economistas, neurocientistas e diferentes especialistas em nível mundial que reiteram que é muito importante a vontade política para investir no desenvolvimento infantil inicial. Dizem que se deve oferecer rentabilidade substancial a favor dos orçamentos recolhidos pelos governos, e benefícios sociais, econômicos, de gênero, produtividade e melhoria do capital humano.

Em resumo, estes compromissos políticos que estão em curso apresentam um panorama dinâmico de preparação ou atualização de compromissos políticos pela primeira infância que são incentivados a partir de vários eixos. Para isto, tornam-se favoráveis a uma ação coordenada em prol dos Direitos da Primeira Infância. Em 1º de janeiro de 2016 supõe-se que iniciemos as novas agendas Pós-2015.

3. AVANÇOS RECENTES DA LEGISLAÇÃO, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

3.1. União Europeia:

Uma das mais significativas aplicações da CDC é a que foi decidida pela Comissão Econômica Europeia em 2001 e ratificada em 2006, segundo a qual, até 2012 – em virtude da maior quantidade de mulheres que se incorporarão ao mercado de trabalho e em benefício das populações mais desfavorecidas –, os países devem oferecer serviços de atenção, cuidado e educação infantil. De 20 países, 33% ofereceram serviços para crianças menores de 3 anos. Dinamarca, Holanda, Suécia, Noruega, Espanha ultrapassaram a meta; Itália e Alemanha apenas 20% a 25%, os demais, menos.

A União Europeia, dentro de sua direção de Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades promoveu legislação coerente entre o trabalho e a família, em especial das mulheres, por isso dispuseram para o ano de 2006 que a licença-maternidade não seja menor que 18 semanas, e que deve ser remunerada (pelo governo, seguro, empresa, outro). Oito anos depois (2014), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou um informe sobre a legislação e a prática das licenças maternidade e paternidade em 185 países e citou como exemplos: Noruega, 45 semanas; Suécia, 34 semanas; Dinamarca, 22 semanas; Finlândia, 18 semanas. Em outros continentes os exemplos citados foram: Chile, 30 semanas; Brasil, 24 semanas; Cuba, 22

semanas; Austrália, África do Sul e Costa Rica, 18 semanas; Nova Zelândia, Japão, China, Colômbia, Uruguai, 14 semanas; EUA, Equador, México, Paraguai, Índia, Zâmbia, Peru, Bolívia, 12 semanas (OIT, 2014).

Por outro lado, sobre as licenças-paternidade, o estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT [ILO]) mostrou como progressos: Noruega, 16 semanas, Suécia, 10; Finlândia, 7,7; Dinamarca, 2. Em outros continentes: Austrália e Nova Zelândia, 2 semanas; na América Latina, apenas em dias, o benefício da licença-paternidade é concedido no Equador, Venezuela, Uruguai, 10 dias; Colômbia, 8; Brasil e Chile, 5-7; Peru, 4; na África do Sul, Bolívia e Paraguai, 3 dias. Outros países não mencionam a licença-paternidade.

O Conselho sobre Educação Infantil e Atenção à Infância da União Europeia propôs para o ano de 2012 alcançar os objetivos da estratégia Europa 2020, sobre crescimento inteligente, sustentável e integrador e legislou para que todos os Estados membros (36 países) adotem medidas para oferecer acesso equitativo e de qualidade para a primeira infância, entre elas: i) acesso equitativo, em particular às crianças que procedem de contextos socioeconômicos desfavorecidos, incluindo os portadores de deficiências; ii) conceber modelos de financiamento mistos: estatal-privados; iii) fomentar enfoques intersetoriais e integrados para os serviços; iv) apoiar a profissionalização do pessoal; v) promover planos e programas que fomentem capacidades cognitivas e não cognitivas, incluindo a brincadeira e a aprendizagem das crianças; vi) apoiar os pais, que os serviços trabalhem associados a eles; vii) promover a qualidade com participação de todos os responsáveis, incluídas as famílias; viii) promover a investigação a fim de fortalecer a base de elaboração de políticas e a oferta de programas.⁹

Outra iniciativa na União Europeia é a *Eurochild*, uma Rede de organizações da sociedade civil composta por 176 membros de 32 países, cofinanciada pela Direção Geral de Emprego, Atividades Sociais e Igualdade de Oportunidades da Comissão Europeia¹⁰. Trabalha para promover os Direitos da Criança, o bem-estar e o melhoramento da qualidade de vida de crianças e jovens. É membro do Fórum Internacional para o Bem-estar da Infância e está associada à Direção Geral de Educação e Cultura da Comissão Europeia. Em junho de 2014, aprovou a **Declaração Eurochild**, que recomenda o cumprimento das políticas para a ação dos Estados da União Europeia. Aceita que a primeira infância é o período mais crítico na vida humana, que está recebendo visibilidade política em nível europeu; e defende um marco de qualidade dos serviços de cuidado e educação da primeira infância. *Eurochild* destaca sua contribuição sob cinco princípios da primeira infância: i) deve ser entendida como um bem, junto com a educação e a atenção deve entender-se como uma responsabilidade e um bem público; ii) uma política integral requer o desenvolvimento holístico e integrado que afete a vida de suas crianças, famílias e comunidades. Os governos têm a responsabilidade de coordenar entre setores e considerar os efeitos de seu impacto nas crianças, famílias e comunidades, não centrar-se apenas em resultados educativos, nem esquecer os serviços pós-natais, a atenção primária à saúde, promoção da nutrição, lactância, moradia, desenvolvimento comunitário, imigração, bem-estar social, emprego, serviços civis, legais, fiscais, planejamento urbano e regional, educação, outros; iii) uma política integral demanda apoiar fundamentalmente aos pais como principais cuidadores para criar condições de qualidade, significativamente importantes para o desenvolvimento da criança, em razão de que se deve proporcionar-lhes assistência, assessoria, material etc.; iv) necessita uma força de trabalho competente, diversificada, sistemas de profissionais de diversos setores (saúde, educação, bem-estar) articulados com os sistemas de governo (municípios, estados), capazes de responder às complexas necessidades das crianças e suas famílias em contextos sociais mutantes; v) A primeira infância necessita sustentar-se em avaliação e na pesquisa centrada em resultados reais presentes e

9 <http://waece.org>; Conclusões sobre Educação Infantil e Atenção à Infância. Diário Oficial da União Europeia (2011/C 75/03). Madri, Espanha.

10 www.eurochild.org.

futuros, formulada por profissionais, transdisciplinar, a fim de ajudar aos sistemas que desenvolvem, mantêm e controlam a qualidade dos serviços.

Em junho de 2014, o informe “Números Chave da Educação e Atenção à Primeira Infância na Europa” expôs a avaliação de resultados das políticas e práticas de acesso e qualidade dos serviços educativos e de atenção à primeira infância (AEPI) na União Europeia¹¹, que diz, entre outros:

- a. a primeira infância é a etapa em que a educação pode influir de maneira mais decisiva no desenvolvimento da criança, é intenção da União Europeia facilitar o acesso e a atenção de máxima qualidade a todas as crianças;
- b. a maioria dos países (25) garante por lei o direito à AEPI, pelo menos a um curso ou programa antes de ingressar à escola primária;
- c. em 2030 a população menor de seis anos terá uma redução de 7,6% em relação a 2012, serão apenas 32 milhões de crianças;
- d. a um custo muito baixo, oito países garantem o direito legal à AEPI, desde que oferecem licença-maternidade ou licença-paternidade remunerada (Alemanha, Dinamarca, Estônia, Eslovênia, Finlândia, Malta, Noruega, Suécia); em onze países, um ou dois anos obrigatórios (Bulgária, Grécia, Chipre, Letônia, Luxemburgo, Hungria, Áustria, Polônia, Suíça; República Tcheca e Liechtenstein). No resto dos países, além da licença-maternidade remunerada, existem serviços financiados pelo governo, legalmente respaldados, para as crianças desde os três anos ou antes (três Comunidades da Bélgica, Irlanda, Espanha, França, Luxemburgo, Hungria, Portugal e Reino Unido);
- e. a maioria dos países divide a atenção e a educação em dois ciclos: na Bélgica, Itália, República Tcheca, Chipre, Luxemburgo, Polônia, Eslováquia, com centros e ministérios diferentes com idade de corte aos 3 anos e diferenças nos requisitos de qualificação dos profissionais, condições de acesso, orientações educativas (mais para as idades maiores); na Bélgica (Comunidade Flamenca), França, Hungria, Romênia e Reino Unido (Escócia), há também estratégias que facilitam a transição das crianças entre as distintas idades;
- f. a cobertura para crianças menores de três anos é reduzida, em parte porque as licenças-maternidade são extensas. Aproximadamente em 50% dos países, o serviço é gratuito a partir dos três anos. A Dinamarca tem cobertura de 74% para crianças menores de três anos e 93% das crianças são assistidas antes da educação primária, gratuitamente, pelo Estado. O Objetivo Europeu em 2020 é que 95% das crianças tenham acesso à educação infantil desde os 4 anos;
- g. os estudos internacionais (PISA¹²) sobre rendimento escolar revelam que as crianças da União Europeia que participaram da educação infantil superaram em 35 pontos às que não participaram. Nos resultados de competência em leitura (PIRLS 2011)¹³, as crianças que participaram da Educação Infantil por mais tempo demonstraram que estão melhor preparadas para iniciar e cursar com êxito a escola primária; têm melhores resultados em leitura, maior permanência e anos de escolaridade; e
- h. Suécia e Nova Zelândia (desde 1985-1984), Noruega, Finlândia, Inglaterra, Dinamarca Estônia, Malta, Eslovênia (desde 2005, aproximadamente), tem um sistema integrado com objetivos co-

11 Inclui 28 países da União Europeia; 2 candidatos a ingressar e 3 da Associação Europeia de Livre Comércio (37 sistemas educativos) <http://europa.eu>.

12 O PISA – Programme for International Student Assessment, em português: Programa Internacional de Avaliação de Estudantes é uma iniciativa de avaliação comparada, aplicada a estudantes na faixa dos 15 anos, idade em que se pressupõe o término da escolaridade básica obrigatória na maioria dos países. É desenvolvido e coordenado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), contando com uma coordenação nacional, que no Brasil é o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

13 *Progress in International Reading Literacy Study* (<http://timssandpirls.bc.edu/pirls2011/international-results-pirls.html>).

muns de cobertura, gestão, administração combinada (central-local), financiamento, regulações e competências do pessoal profissional (que varia para os menores de três anos). Têm um enfoque holístico para o desenvolvimento integral infantil, priorizam a população de risco com serviços de bem-estar e desenvolvimento de potencialidades – visto como uma interação dinâmica e estreitamente entrelaçada entre as condições físicas e mentais e o meio ambiente em que as crianças crescem. Os centros integrados de educação infantil são administrados em sua maior parte pelo Ministério da Educação, exigem nível terciário de qualificação do pessoal e habilitação para trabalhar com todas as idades. Tem um marco curricular único para crianças desde seu nascimento até a educação primária obrigatória (Suécia aos sete anos, Noruega aos seis e Nova Zelândia aos cinco anos).

3.1.1. Escócia: política fortalecida pela sociedade civil – A Justiça social começa com os bebês

Na Escócia (Reino Unido), o governo se comprometeu a criar uma sociedade mais justa, promovendo a justiça social e a redução das desigualdades que envolvem os Direitos de todas as crianças. A Lei Escocesa de Infância (*Children Scotland Act*, 1995) exige que se formem meios eficazes de trabalho conjunto com os pais de família, especialmente se funcionam com fundos públicos.

Em 2013, um total de 98 representantes da sociedade civil, entre os quais pesquisadores e especialistas formaram uma coalisão, analisaram a realidade social, econômica e educativa dos compromissos de governo; e verificaram que 40% dos gastos públicos (Informe 2011) foram investidos na resolução de problemas sociais. Argumentaram que “o futuro da Nação é determinado pelo tipo de políticas públicas dirigidas à infância e que as mudanças em prol da justiça social podem ser alcançadas se a estratégia tiver início com os bebês desde a gestação até os primeiros 1001 dias de sua vida”. Sustentaram que é a família, desde o período intrauterino, quem melhor pode contribuir para o estabelecimento de uma arquitetura cerebral robusta para alcançar bons cidadãos e excelentes estudantes quando ingressem no sistema formal de Educação.

Eles defendem, recomendam, sustentam, apoiam e supervisionam o cumprimento dos Direitos da Criança. Aportam-nos a legislação, sua implementação, difusão e ações preventivas relevantes. Assinalam que as evidências científicas respaldam amplamente – como estratégia exitosa – as relações positivas que servem como base fundamental para o desenvolvimento humano nos 1001 dias de vida, quando se estabelece a trajetória até um bem-estar sustentável e a convivência em igualdade no marco da família e da sociedade.

No ano de 2014, publicaram o Informe: “A justiça social começa com os bebês”, no qual divulgam os resultados, recomendações e avanços que são reconhecidos pelo Parlamento da Escócia (Comissão de Educação e Cultura e o Ministério de Infância e Adolescência). Reconhecem que em 2014 chegaram a quatro resultados que levam à Lei para Crianças e Adolescentes: i) a Lei protege 100% das crianças, obriga as organizações locais e os organismos públicos a considerar a prevenção desde os 1001 primeiros dias de vida; ii) os serviços devem priorizar as crianças em situação de risco, iniciando a prevenção desde a gestação com atividades que cuidam importância fundamental de interação entre os bebês, suas mães, pais e cuidadores durante os críticos primeiros 1001 dias de vida; iii) o governo escocês incrementará 500 novos visitantes de saúde, para apoio por meio de visitar domiciliares durante o pré-natal e durante os primeiros anos de vida da criança; iv) os funcionários de governo flexibilizaram o processo de aprovação da normativa da Lei que passará à consulta pública antes de sua aprovação.

3.1.2. Suécia: primeira infância universal e integral, sob liderança do sistema educacional – o direito a uma educação de qualidade desde o primeiro ano de idade

A Suécia tem uma população total de 9,6 milhões de habitantes, dos quais 600.000 são crianças de zero a 5 anos, A Ata de Educação e Atenção Integral determina desde 1985 que a atenção integral da Criança de zero a 5 anos e a classe pré-escolar desde os seis anos será administrada pelo sistema educativo para construir um só sistema unificado, com objetivos comuns de cobertura, financiamentos, regulamentações e pessoal (CORMACK; DULKEMBERG, 2009).

O Serviço Social e Educativo é financiado com fundos públicos, se relaciona com a política de equidade de gênero e de ajuda à família desde a gestação da mãe, os recém-nascidos e crianças de até três anos. A educação é obrigatória a partir dos seis anos, centrada nos Direitos das Crianças para aprender a se desenvolverem. A Lei outorga uma licença de 8 meses à mãe ou ao pai, com 6 meses destes transferíveis ao outro, mas com 60 dias reservados exclusivamente para usufruto de cada um. Mães ou pais solteiros recebem 480 dias. A remuneração da licença da mãe é um valor equivalente 82% do salário.

Os serviços de cuidado da criança, externos ao lar, começam com as crianças de um ano de idade, uma vez que as crianças abaixo desta idade são cuidadas em casa por seus próprios pais, que são beneficiários de um sistema de permissões que o governo outorga aos novos pais.

O marco legislativo e curricular é nacional, a prática é descentralizada. Os centros públicos e privados são subsidiados pelo governo nacional e municipal. O Plano Pedagógico compreende 22 páginas, está baseado nos Direitos das Crianças, em valores democráticos, equidade e participação da sociedade, apenas com objetivos, sem métodos, sem objetivos de aprendizagem inicial, nem sugestão de atividades ou avaliações.

Na Suécia, o desenvolvimento sustentável significa a responsabilidade compartilhada e a solidariedade entre as gerações, entre mulheres e homens, entre pessoas e países. Consta de três dimensões: ecológica, econômica e social. A aprendizagem para o desenvolvimento sustentável deve começar na primeira infância, deve basear-se na democracia: cuidam da água, da eletricidade, reciclam, cuidam e protegem o meio ambiente e as árvores; participam, criticam e descobrem; propõe o cardápio e as comidas.

Tem plena confiança nos profissionais da educação. Existem cuidadores de crianças com três anos de estudo e de um ano em níveis municipais, seus princípios são: aprender fazendo e experimentando, ter perspectiva holística, fazer os pais participarem.

3.1.3. Finlândia – política associada entre os setores, flexível, garante Direitos de Educação

A Finlândia é um dos cinco países nórdicos da Europa e faz parte da União Europeia. Tem uma das taxas de rendimento escolar mais alta do mundo. A mãe que trabalha goza de licença-maternidade de quatro meses e meio com remuneração neste período equivalente a 80% de seu salário. Existe também licença-paternidade de 54 dias de trabalho (sem contar feriados), sendo que entre o 1º e 18º dia de vida da criança, o pai pode usufruir da licença conjuntamente com a esposa, ou antes, durante ou depois – e ambos são remunerados. O Governo cobre todos os serviços, desde a gestação até a escolaridade (OIT, 2005, p.54). Pode-se compartilhar 5 meses e uma semana entre o casal. O governo outorga um benefício mensal à criança e subsídios mensais para cobrir gastos de cuidado com a criança, durante esta licença.

Com 5,4 milhões de habitantes, a Finlândia tem 300 mil crianças menores de 5 anos que têm direito à atenção integral de qualidade. O investimento público é garantido, havendo reglamentação sobre qualidade

e apoio às famílias. Promovem-se serviços de saúde, desenvolvimento e competências de aprendizagem. Apóia-se aos pais que querem os serviços de educação. Antes de ir à escola formal, todas as crianças, entre 0 a 6 anos têm direito a cuidado diário em Centros de Cuidado privados ou municipais, ou atenção em casa, com grupo de pais. A administração fica a cargo do Ministério de Assuntos Sociais.

O Sistema Educacional é muito flexível, valoriza prioritariamente a inovação e o empreendimento, com o mesmo currículo que estabelece a Junta Nacional. Trabalha com os princípios de igualdade e equidade, gratuidade e democracia. A partir disto, as escolas elaboram seu próprio currículo. A educação se preocupa em ter pré-requisitos altos para contratação de professores, poucas diretrizes curriculares, mais projetos, mais artes, desde o nível nacional ao municipal. Promovem a transparência dos docentes, que devem ter nível universitário, confiam em seu profissionalismo, alto grau de competência e enfatizam estudos de pedagogia e pesquisas científicas. Há fatores que se inter-relacionam: o governo local, os pesquisadores, municípios, provedores de serviços, pais e funcionários públicos participam em todos os aspectos de reforma, desde as políticas.

A criança é o centro das aprendizagens, a língua materna é praticada em casa e entre os alunos e professores. Trabalha-se em grupos pequenos, em turmas de crianças e professores orientadores com experiência e artes integradas ao currículo. A educação integral consiste em promover que os alunos trabalhem os conteúdos do currículo aplicando-os na prática; os resultados de aprendizagem devem se associar com ferramentas da cultura. O professor fala 40% do tempo e o resto os alunos. Priorizam-se as aprendizagens e habilidades de escrita, leitura, valores familiares, compreensão, raciocínio, habilidades reflexivas, preparação para o trabalho e a cidadania, pesquisa e desenvolvimento.

3.2. Região Ásia-Pacífico, Políticas com forte componente científico – liderança pelo governo

O Fórum de Política Regional da Ásia e do Pacífico de Atenção Precoce à Infância e à Educação (ECCE), realizado em setembro de 2013, em Seul, República da Coreia, onde participaram 31 países da Ásia, aprovou: i) a atenção e investimentos em educação nos primeiros anos de vida de uma criança têm exponencialmente maiores rendimentos; ii) a preparação escolar começa ao nascer, as experiências são uma base sólida para a aprendizagem, comportamento, saúde; pode ser construída em um ambiente seguro, enriquecedor e estimulante para as crianças; pode levar ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, sociais e emocionais; iii) desde a arquitetura do cérebro, as habilidades se constroem em uma sequência hierárquica ascendente de aprendizagem; educação, produtividade, redução de desigualdades sociais e igualdade de gênero; iv) mais eficiência dos recursos com intercâmbio entre governos centrais e locais; v) essencial participação das famílias e da comunidade, entre outros.

Fizeram um acordo para intensificar esforços e revisar a política para oferecer um enfoque de qualidade mais integrado, melhorar a qualidade dos educadores, priorizar os mais desfavorecidos, fortalecer os mecanismos de monitoramento e avaliação, fortalecer a comunicação, cooperação, *advocacy*; fortalecer o uso da língua materna e promover mais pesquisas.

3.2.1. Japão: política de gestão – Lei do Sistema Integral de Apoio às Crianças e sua Criação

A população do Japão é de 127,1 milhões, dos quais 5 milhões e 389 mil são menores de 5 anos. É um país com maior população na terceira idade e menor população infantil, e com mais mulheres trabalhando. Problemas com crianças no primeiro grau educacional, sem consistência na aprendizagem, ligados ao aumento

de pais estrangeiros residentes que não falam japonês, têm mudado as expectativas da educação, propiciando uma reforma que se adapte e responda às necessidades atuais.

As autoridades do Japão analisaram e explicaram as mudanças que justificavam a atualização da Lei de Educação (*School Education Law* 1947) e ao final de 2006 aprovaram a Lei de Educação Fundamental (*Fundamental Law of Education* nº 120), que equivale à Carta da Educação. Em 18 artigos destaca seu vínculo com a Constituição do Japão, estabelece os fundamentos, objetivos, princípios e finalidades da educação. Diz, em essência, que a educação se sustenta na paz, equidade, bem-estar da humanidade, cultivo da sensibilidade, justiça, respeito às pessoas, sua dignidade e cultura, proteção ao meio ambiente; cultivo de bases para aprendizagens permanentes de toda a vida, cooperação, e construção de um corpo e mente sadios que leve ao desenvolvimento da sociedade com apoio de docentes, universidades, toda sociedade, setor privado, compartilhadamente com os pais; e uma gestão compartilhada entre nível nacional e local.

A Lei 120 agrega, entre seus mandatos, o Art. 10, referente à responsabilidade da família no desenvolvimento equilibrado da vida de seus filhos; e o Art. 11 sobre a educação da primeira infância como base para a formação permanente da personalidade). Em julho de 2008, o Ministério da Educação, Cultura, Desportos, Ciência e Tecnologia (MEXT) aprovou o Plano Básico para a promoção da Educação com a intenção de facilitar a aplicação da Lei 120. Nele define a “primeira infância como um período crucial onde se constrói a base para a formação do caráter permanente para toda a vida, por tanto é importante que todas as crianças estejam equipadas com uma educação de qualidade”. Anuncia que o Ministério MEXT prepara o sistema unificado de Centros de Cuidado Diário com Centros de Educação Pré-escolares; e um programa de ação que promova e melhore tais políticas.

O segundo Plano Básico para a promoção da Educação, aprovado em 2008, indica apoio para a incorporação da mulher ao mercado de trabalho; a responsabilidade das empresas para facilitar seu desempenho profissional e a eliminação das listas de espera nos serviços de Cuidado Infantil que o Governo oferece. Ademais, determina metas de atenção às crianças e porcentagem de aumento do trabalho feminino; assim como dá instruções de expansão dos serviços por parte do Governo.

No ano de 2012, se aprovou a “Lei de Apoio às Crianças e sua Criação”, que, associada a outras leis, promove, desde abril de 2015, um sistema integral de serviços dirigidos às crianças de zero a cinco anos e seus pais. Os Ministérios da Educação, Cultura, Desportos, Ciência e Tecnologia e o Ministério de Saúde, Trabalho e Bem-estar se associam para apoiar a expansão qualitativa dos serviços para as crianças e sua criação. A Lei de Parâmetros de Trabalho protege a mãe e lhe concede três meses e duas semanas (6 semanas antes ou depois do nascimento) de licença-maternidade e, ainda que não haja licença paternidade, cria-se a Lei para que o que historicamente funcionava separado como educação pré-escolar e centros de cuidado diário se junte e influa no futuro da sociedade japonesa, a qual tende a uma transformação significativa.

O novo “Sistema Integral de Apoio às Crianças e sua Criação” iniciou-se em abril de 2015 para garantir às famílias apoio ao cuidado e educação de suas crianças, ele promoverá sinergias entre educação pré-escolar, Centros de Cuidado Diário, saúde e trabalho dos pais. Foi lhe destinado um Orçamento de 700 milhões de ienes anuais (o equivalente a 581 milhões de dólares), produto de 10% de impostos ao valor agregado. Este sistema prevê: i) mais centros de educação pré-escolar e de cuidado diário que combinem ambos serviços; ii) sensibilizará a sociedade para criar e trabalhar com mais instalações e modalidades de atenção; iii) maior cobertura com qualidade nas comunidades locais, melhor formação docente e qualidade da aprendizagem, redução entre a proporção adulto-criança; iv) apoio no cuidado de crianças em lugares onde os índices de natalidade diminuem; v) com base aos salários dos pais, oferecerão serviços com modalidades diversas: 0-2

anos, 3-5 anos, clubes para depois do horário escolar, para crianças enfermas ou famílias que não têm com quem deixar seus filhos; vi) antes de 2017 oferecerão novos serviços para 400 mil crianças, para evitar listas de espera; vii) assinaram acordos com empresas e universidades para conseguirem atingir o compromisso de oferecer qualidade e equidade para todos.

3.2.2. Nova Zelândia: argumentos científicos na Política definiram conteúdos pedagógicos para idades iniciais

A Nova Zelândia tem 4,5 milhões de habitantes, dos quais 300 mil são menores de 5 anos. A licença-maternidade é de 14 semanas e 2 de paternidade. Foi o primeiro país a legislar, desde 1984, um sistema político de atenção integral de educação e cuidado para zero a cinco anos dentro do Ministério da Educação. Em 2013, a cobertura registrou atendimento a 44% de crianças de um ano; 65% de 2 anos; 96% de 3 anos, através de 20 modalidades de atenção¹⁴.

Entre 1990 e 1996 o Ministério da Educação definiu a educação infantil como “serviços educativos” com “enfoque holístico para o desenvolvimento infantil inicial”. Isto significa que as políticas, programas e serviços devem assegurar o direito à saúde, nutrição, desenvolvimento educativo e cognitivo, psicossocial, bem-estar, meio ambiente protegido, moradia, espaços para brincadeiras e lazer para a criança. Um requisito da visão holística sobre a infância é a proteção e promoção dos Direitos das mulheres, como primeira condição favorável às crianças. Em 1993, os sindicatos de professores de educação infantil e educação fundamental se reuniram, tornando mais sólida a educação infantil e definindo o professor como facilitador da aprendizagem. Desde 2007, o docente qualificado com diploma de três anos de estudo deve ser aprovado pelo Conselho de Professores da Nova Zelândia.

O Ministério da Educação aprovou um Plano Estratégico para a educação infantil para o decênio 2002-2012. Em 2010, aprovou o Sistema de Parâmetros de Qualidade e Equidade, regulando a política de atenção, financiamento, normas e currículos da formação docente, participação dos pais, respeito profundo à diversidade, subsídios aos mais pobres e outros assuntos de política.

A profissionalização do pessoal em serviço foi financiada pelo governo, porém em 2009, com a mudança de governo, o benefício foi suspenso, deixando-se 20% de docentes sem apoio, sendo mais prejudicados as crianças menores de dois anos, razão pela qual os especialistas argumentaram que conheciam a necessidade de cobrir este déficit. Em 2010, o Ministério da Educação encomendou ao Instituto de Estudos de Primeira Infância revisar a literatura científica para explicar e fundamentar a decisão a ser tomada. O resultado definiu a Pedagogia das Idades Iniciais com argumentos científicos que tornaram mais precisas as regulamentações, com qualidade, política acertada, preparação dos profissionais, participação de pais e comunidade no cuidado e educação das crianças.

Os documentos de política impactaram no currículo e na avaliação. *Te Whariki* (1996) é o primeiro currículo bicultural, busca assegurar continuidade no processo educativo da criança desde o nascimento até a educação superior. A avaliação da aprendizagem baseia-se em histórias e relatos do professor, uma avaliação típica da população indígena, *Te Whatu Pōkeka*, uma nova metodologia para avaliar os serviços e mais de 20 modalidades de atenção e cuidado infantil.

14 Conferência do catedrático Carmen Dalli, do Instituto de Estudos de Primeira Infância. Universidade Victoria de Wellington, Nova Zelândia. Em: Monterrey, Nova León, México. Novembro de 2013.

O currículo da Nova Zelândia é universal em todo o país, descrito como bicultural. Soma experiências, atividades e eventos diretos ou indiretos que ocorrem no ambiente de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Tem quatro princípios: empodera (faz com que se aproprie) a criança a aprender e crescer; reflete o caminho holístico que as crianças aprendem e no qual crescem; incorpora amplamente a família e a comunidade; busca que a criança aprenda em suas relações com as pessoas, os lugares e as coisas que o rodeiam. Entrelaçando estes princípios existem as Linhas: Pertencimento; Bem-estar, Exploração, Comunicação e Contribuição.

Com esse currículo respaldam-se mais de 20 modalidades de atenção e cuidado infantil, entre elas:

- a. de bem-estar, com um forte componente de integração família-primeira infância e também programas de qualidade integrados em educação. Desde 1998, é oferecido apoio por meio de programas sociais domiciliares com participação da família. São administrados por Serviços à Família e à Comunidade e pelo Ministério de Desenvolvimento Social;
- b. “O começo em família” (*The Family Start*) oferece programas integrados desde que a mãe está no sexto mês de gestação até o primeiro ano de vida da criança. Recebem serviços de saúde, educação, desenvolvimento social e capacitação para melhorar as capacidades de paternidade, inter-relações pessoais família-criança;
- c. sistema de apoio do Ministério de Desenvolvimento Social, associado aos Ministérios de Saúde, Educação e Justiça, que beneficia crianças de zero a seis anos, de comunidades específicas. Orientam a seguridade da mãe, da família, o bem-estar físico-mental, o apoio integral à criança, entre outros;
- d. Centros de Serviços para a Família” (*Family Service Centres*), centros comunitários de populações indígenas e locais próximos aos beneficiários – oferecem apoio em saúde, nutrição, serviços sociais, educação, para romper o ciclo intergeracional da pobreza;
- e. desde 2009, “Centros de Primeira Infância” para famílias excluídas – oferecem serviço de pré-natal, exames de saúde, imunizações, cuidado diário de qualidade e educação para crianças até os cinco anos. Um coordenador desenvolve a Rede que agrupa aos pais beneficiados;
- f. Programa Interativo para pais (HIPPI) – apóia o envolvimento dos pais com os filhos por pelo menos 15 minutos por dia. Famílias com crianças de 4 a 5 anos são visitadas em seu domicílio, demonstrando que este é o primeiro ambiente de aprendizagem. Os pais mais habilitados se convertem em tutores depois de dois anos de capacitação; e
- g. os “Pais como Primeiros Educadores” (PAFT) - é outra modalidade de trabalho com os pais. Baseia-se em uma pesquisa da Universidade de Harvard.

3.2.3. República da Coreia do Sul – política de gestão nacional com Sistema de Melhoria da Qualidade e Participação Privada

A Coreia do Sul tem uma população total de 50.424 milhões, dos quais 2.349 crianças são menores de cinco anos. A Lei protege a mãe que trabalha e lhe concede três meses de licença-maternidade com salário integral. Desde 2011, o pai tem três dias de licença-paternidade com salário integral, mais dois dias de licença não remunerada. Os pais e mães de recém-nascidos, desde 2008, tem direito um ano de licença não remunerada até 1 ano cada um.

A Educação da primeira infância representa um serviço integrado de cuidado e educação para crianças entre três e cinco anos de idade que cobre a totalidade do período diurno. Seu objetivo é promover o desenvolvimento holístico da criança e simultaneamente satisfazer as demandas dos pais em termos do cuidado

de suas crianças. A responsabilidade administrativa integrada ao sistema educativo nacional é assumida pelo Ministério da Educação e Recursos Humanos (MOEHR).

O Sistema de Melhoria da Qualidade e a Lei de Cuidado da Criança tem um Currículo Nacional de Creches na Coreia. O serviço é oferecido por meio de Casas de Crianças para menores de seis anos, com várias modalidades de atenção, em centros públicos e privados, empresas, casas de família (atendem de 5 a 20 crianças). O governo também oferece espaços de aprendizagem (*Learning Places*) para crianças desde os três anos até o término da Educação Fundamental, em que desenvolvem experiências de arte, música, ginástica, linguagem e matemática. Funcionam no mínimo 30 dias por ano. Outros serviços para crianças de zero a três são administrados pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar, ainda que o governo planeje passá-lo ao Ministério de Igualdade de Gênero.

Na Coreia, culturalmente a educação começa desde o período pré-natal, os anos iniciais são considerados extremamente importantes para a formação de hábitos. Os pais consideram que o embrião é um ser humano, quando a criança nasce consideram que já tem um ano “*Korean Age*”. E somam a este os futuros, quer dizer, quando completam um ano, para sua cultura são dois. Os pais respeitam a aprendizagem e as escolas.

3.3. Região das Américas

As políticas, programas e serviços de cuidado, educação, proteção social e saúde na Região das Américas, historicamente, se desenvolveram separadamente por setores e por idades. Esta realidade gerou uma diversidade de instituições e iniciativas, legislação duplicada e respostas institucionais fragmentadas para atender integralmente à criança. As políticas educativas tem focalizado suas ações com maior prioridade nas idades prévias à educação primária obrigatória, onde podemos dizer que alcançaram uma cobertura em torno de 77% (4 a 6 anos). Esta estatística, contudo, não demonstra os grandes desafios, que são de acesso, respeito à diversidade e equidade, especialmente nas zonas rurais, indígenas e de fronteira (FUJIMOTO, 2000).

Nesta Região, quase não existe diferença entre educação e cuidado, é mais notória a diferença entre educação e proteção. Onde se conseguiu associar esforços para responder à demanda de atenção integral nas idades de 4 a 6 anos, majoritariamente se outorgou liderança ao Ministério da Educação; ou de Desenvolvimento Social (se existe), com a função de normatizar, regular, supervisionar, coordenar e avaliar os serviços com sistemas equivalentes nos estados e municípios.

Historicamente, as idades de zero a três anos estão sob responsabilidade da família, com oferta dos serviços de saúde desde a gestação, o benefício de licença-maternidade para as mães que trabalham e os programas de proteção social às famílias mais desfavorecidas. Usualmente, quem coordena é o Ministério da Saúde, Inclusão Social, da Família, da Mulher, do Desenvolvimento Social ou instituições específicas de seguros sociais ou outros. Contrariamente à evidência científica sobre o desenvolvimento humano, as potencialidades do cérebro nos primeiros anos de vida, e a importância fundamental da participação dos pais, existem escassas iniciativas dos governos quanto a políticas sólidas para apoiar de maneira sistemática a atenção integral desde a gestação.

Na Região, nos temas de proteção, bem-estar e previdência social das crianças, há uma divisão que confunde. Em alguns casos é muito clara e em outros tem uma linha muito sutil. O marco conceitual se estabelece em função de documentos jurídico-políticos, de caráter internacional, interamericano e nacional, que tratam da proteção integral das crianças que passam por processos de orfandade, abandono, maus-tratos, abuso, violência, dano físico, adoção, negligência doméstica, disputa pelo poder familiar em casos de divórcio, dependência química, custódia, penas, privação de liberdade, reeducação social, uso indevido de substân-

cias psicoativas, conflito com a lei, etc. Os mesmos se relacionam diretamente com o sistema de justiça penal infantil, juvenil, em que a modalidade de oferta de serviços não é a mesma que quando falamos de atenção integral da primeira infância. Podemos classificá-los como infância vulnerável, mas em outra dimensão de demanda, instituições e especialistas que devem assumir estes temas.

A confusão entre atenção integral e proteção/bem-estar integral está acontecendo em alguns países da Região, lamentavelmente quando existe orçamento para infância vulnerável, se está gerando serviços paralelos com os Ministérios da Educação, por exemplo; ocasionando superposições que no final prejudicam a primeira infância e diversas comunidades. Na atualidade, os Ministérios de Inclusão Social, Proteção Social, Bem-estar Familiar e instituições específicas que atendem estas infâncias vulneráveis necessitariam revisar suas funções e responsabilidades. É um desafio que deve ser enfrentado para colocar-se na vanguarda da formulação de políticas mais apropriadas para a infância. O desenvolvimento das funções institucionais de cada setor de governo deve oferecer serviços em função da demanda, só assim garantirão o cumprimento dos compromissos assumidos com a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente (CDC).

Os governos reconhecem que, para uma atenção integral, há que se somar esforços com alianças que garantam a implementação dessas políticas intersetoriais, com os mesmos objetivos para todos os setores dirigidos às mesmas crianças e famílias, desde diferentes disciplinas, com programas e modalidades de atenção formais e não formais, pertinentes, com políticas precisas, respaldadas nas ciências e pesquisas sólidas, com uma única concepção de desenvolvimento, com indicadores de qualidade, *follow up* e avaliação de resultados e processos.

Na Região das Américas, progressivamente se fortaleceu o reconhecimento dos Direitos da Criança, e gradualmente se realizaram progressos nesse sentido. Podemos compartilhar o seguinte panorama:

- a. compromisso com a infância desde a Constituição Política, por exemplo: Brasil desde o nascimento como dever do Estado (1988); Colômbia (1991); Chile (1991-2000); Equador (2008); El Salvador (1993); Paraguai (1993); Peru (1993); Uruguai (2000); Venezuela (1999); e México (2004) emenda ao Art. 3 de sua Constituição para incorporar a educação inicial a sistema educativo;
- b. reformas educativas e Leis Gerais ou orgânicas de educação, que em seus conteúdos tem a essência da CDC; alguns ratificaram seu compromisso constitucional, por exemplo: Argentina (1993); El Salvador (1968); Bolívia (1994); Brasil LDB (1996); Chile (1990); Cuba (1991); Equador (2011); Granada (1980); Guatemala (1991); Lei de Educação Nacional de carácter constitucional; a educação inicial começa desde a concepção; Haiti (1982); Paraguai (2005); Jamaica (2001); Trindade e Tobago (1993); República Dominicana (1997); México (1993); Cuba (1982); Nicarágua (1979); Panamá (1994); Peru (1968); Suriname (2002); Uruguai (2000); Venezuela (1996);
- c. códigos, leis orgânicas, Estatutos de Proteção da Criança e do Adolescente; geralmente de zero a 18 anos; com temas de atenção integral, proteção, bem-estar, justiça e com mandatos de execução de vários setores; por exemplo: Argentina (2005); Bolívia (1999 e 2014); Brasil (1990); Colômbia (2006); Costa Rica (1997); Cuba (1978); Equador (2002); El Salvador (LEPINA, 2009); Estados Unidos (2001); Guatemala PINA (2003); Honduras (1996); México (2000); Nicarágua (1998); Paraguai (2001); Peru (2000); República Dominicana (2003); Ilha de São Cristóvão, Caribe (1994); Uruguai (2004); Venezuela (2007). Além destes países, apenas o Chile e o Panamá, até esta data, tem projetos de lei neste sentido em processo de aprovação;
- d. planos regionais, respaldados pelos Chefes de Governo que recorreram aos compromissos mundiais associados a suas políticas nacionais; e deram ênfase à educação, saúde, mulher, família para executar por setores e administrações diferentes para a mesma população alvo;

- O Compromisso Hemisférico pela Educação da Primeira Infância (aprovado em novembro de 2007) pelos Ministros de Educação da Organização dos Estados Americanos. O Compromisso se inspira na Convenção (CDC) e nos Comentários Gerais nºs 7, 9.11, 12. Foi ratificado pelos Ministros de Educação do Equador em 2009; do Suriname em 2012; e nas Assembleias Gerais dos mesmos anos;
- O Plano de Ação de Cuidado, Desenvolvimento e Educação Inicial adotado pelos Chefes de Governo do CARICOM¹⁵ (*The Caribbean Plan of Action for Early Childhood Education Care and Development* 1997);
- Os Planos de Ação Nacionais de Educação para Todos (EpT) em resposta à Jomtien (1990) e Dakar (2000). Uma linha de ação: atenção infantil precoce de 0-6 anos;
- e. Leis de amamentação materna, maternidade, Leis Trabalhistas; Leis de Prestação de serviços para a atenção, cuidado e desenvolvimento infantil integral, por exemplo. No México, desde 2011, foram aprovadas dentro do Sistema Nacional para o Desenvolvimento Integral da Família (DIF) Leis da Previdência Social, por exemplo, em Costa Rica; México, República Dominicana, entre outros. Outros instrumentos legais, como o Código da Família (Bolívia, Cuba 1975) e da Mulher (Peru) envolvem a infância;
- f. Ministérios diferentes com as mesmas funções para as mesmas populações-alvo, por exemplo: Equador (Ministério Coordenador do Desenvolvimento Social – agrupa de 6 a 12 instituições de governo: Educação, Desenvolvimento Social e Saúde, entre outros); Peru (Ministério da Educação, Ministério da Mulher, Ministério do Desenvolvimento Social), outros.

Frente aos desafios da multiplicidade de instituições que os governos oferecem para responder à demanda de atenção integral à primeira infância, alguns governos decidiram implementar um sistema suprainstitucional que inclui serviços de saúde, educação, cuidado, nutrição, desenvolvimento social, proteção e outros serviços para as crianças e suas famílias, desde que a mãe esteja grávida ou antes do processo de gestação. As políticas são definidas desde o mais alto nível de governo, geralmente desde a Presidência. Como exemplo temos: Chile cresce Contigo (2006); de Zero a Sempre, Colômbia (2012); Plano Nacional do Bem-Viver (2013-2017), Equador: com a Estratégia Nacional Intersectorial para a Primeira Infância – Infância Plena; Cuba: Política de Atenção Integral Governamental.

As experiências exitosas, com sistema suprainstitucional, geralmente contam com delineamentos claros e articulação adequada entre níveis de governo, com critérios e parâmetros de qualidade, levando em consideração desde as realidades nacionais até as locais.

As iniciativas legislativas com os alcances dos sistemas suprainstitucionais que estão em processo de análise em seus respectivos Congressos são:

- a. **BRASIL:** Projeto de Lei de Primeira Infância, aprovado em dezembro de 2014, pela Comissão Especial da Primeira Infância da Câmara dos Deputados (PL 6.998/2013). Encontra-se no em tramitação no Senado Federal, designado como PLC 014/2015.
- b. **COLÔMBIA:** Projeto de Lei 002 de 2014, CÂMARA, sobre Política de Estado para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância de Zero a Sempre (abril de 2015);
- c. **MÉXICO:** Lei Geral dos Direitos das Crianças e Adolescentes (dezembro de 2014); em processo de implementação.

15 CARICOM (Caribbean Community). Comunidade do Caribe, intergovernamental, organização de 15 países.

- d. **ARGENTINA:** Política Federal de Cuidados para a Primeira Infância, postulado na Câmara dos Deputados em 11 de junho de 2015.
- e. **BOLÍVIA:** Lei Municipal de Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no Município de Cochabamba, aprovada em 8 de maio de 2015.

Características das estratégias suprainstitucionais

- O enfoque para a formulação de política, delineamento e implementação de programas tem clara orientação científica, programas formais e não formais pertinentes, com qualidade.
- A atenção e educação para crianças de 0 a 6 anos, em alguns casos 8 anos, tem um marco teórico-conceitual que contempla todas as dimensões do desenvolvimento infantil.
- Os programas têm um caráter integrador desde o enfoque intersetorial, prioriza a atenção integral com critérios de equidade e inclusão, iniciando com a população em risco.
- Conta com estruturas e programas que atendem desde a gestação e parto, ou desde a pré-concepção, e outros serviços para crianças, uma vez completada esta fase de desenvolvimento.
- Usam parâmetros de qualidade em todos os programas e setores do sistema, sejam de gestão estatal ou privada, dependam de governo central ou de municípios.
- Contam com mecanismos que asseguram a participação das famílias na implementação, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação de programas e atividades.
- As políticas públicas de proteção de infância contam com ações afirmativas que reconhecem a diversidade e garantem os Direitos para todas as populações infantis, atuam de forma direta sobre seu entorno imediato.
- No contexto de fortalecimento das capacidades parentais e das ações integrais, se esforçam por trabalhar com pessoal (agentes) profissional e não profissional qualificado.
- Frente aos processos intersetoriais, desenvolvem um diagnóstico sobre concepções e predisposições em direção ao trabalho intersetorial e à viabilidade política nos níveis decisórios estaduais, municipais, entre outros.
- Associam as ações de governo com o apoio de empresas e fundações que se ocupam de problemas significativos que afetam a infância e famílias de populações mais vulneráveis, por exemplo: a desnutrição infantil e das mães, que na Colômbia é apoiada pela Fundação Êxito e outras empresas privadas.
- Oferecem informação permanente de sensibilização e dos processos intersetoriais.
- Outros.

3.3.1. Brasil: Experiência de Política Nacional de Atenção Integral

O Brasil conta com uma legislação muito sólida de proteção à infância. Desde a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 7, inciso XXV, propõe: “assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até os 5 (cinco) anos, em creches e pré-escolas”. No Capítulo de Educação, o Art. 208, diz que, “o dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de: (...) “I - educação básica obrigatória e gratuita

dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 59, de 2009) (Vide Emenda Constitucional nº 59, de 2009)” e IV – educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006)”.

O Brasil conta com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e legislação amparada na Convenção sobre os Direitos da Criança, que se traduz em políticas, programas e serviços de educação, saúde, desenvolvimento social, Direitos humanos.

O Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) é o órgão encarregado de formular, monitorar e avaliar as políticas de promoção, proteção e defesa dos Direitos da Criança. Tem uma rede de Conselhos estaduais e municipais (5.100), entre eles: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); de Educação; e instituições que agrupam as municipalidades (União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação – UNDIME). Existe também a Rede Nacional Primeira Infância, criada em 2007, muito sólida e reconhecida pelos profissionais e instituições de governo e sociedade civil.

Conta com o Plano Nacional de Educação 2014-2024, o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária e o Plano Nacional pela Primeira Infância, que abarca todos os Direitos da CDC. Em junho de 2015, elaboraram-se Planos Municipais de acordo com os princípios, diretrizes e objetivos dos planos nacionais.

A mãe que trabalha tem direito a quatro meses de licença-maternidade – em alguns casos chega a seis meses. A Lei de Disposições Constitucionais Provisórias concede cinco dias de licença-paternidade. Tem experiências de primeira infância em vários setores.

O Projeto de Lei da Primeira Infância, PL 6.998/2013, aprovado em dezembro de 2014 pela Comissão Especial da Primeira Infância da Câmara dos Deputados (PL 6.998/2013), encontra-se em tramitação no Senado Federal, como PLC 014/2015.

O Projeto de Lei 6.998/2013 prioriza a Primeira Infância nas políticas públicas, particularmente as mais vulneráveis, propõe:

- maior harmonia entre a legislação e o significado da existência humana desde o começo da gestação até o 6º ano de vida, baseia-se em um marco teórico conceitual coerente com as investigações sobre desenvolvimento humano – incorpora as evidências científicas desde as potencialidades e plasticidade do cérebro à importância fundamental da participação dos pais no desenvolvimento da criança e a definição de orientações para desenvolver programas de apoio à família;
- qualidade da formação profissional dos responsáveis pelas crianças associada às políticas para a primeira infância;
- trabalho coordenado intersetorialmente que prevê a elaboração de planos integrados e a institucionalização de Comitês intersetoriais de políticas públicas;
- recursos financeiros adequados e transparentes;
- incorporação de sistemas de monitoramento, avaliação periódica e divulgação dos resultados dos serviços e programas voltados à primeira infância e a manutenção de um sistema de registro dos dados de crescimento e desenvolvimento das crianças em nível nacional;
- apoio do Estado à formação de redes de proteção, cuidado e educação das crianças na primeira infância, a criação de espaços de brincadeira e recreação, difusão dos Direitos da criança nos meios de comunicação, entre outros;

- benefícios para a mãe, o pai e garantia de Direitos das Crianças até os seis anos de idade.

Com sua aprovação, se reajustarão alguns artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) respaldado desde a Constituição Federal; assim como outras leis, tais como o Código Civil e Penal, que se relacionam com a garantia de proteção, cuidado e Direitos das crianças, licença paternidade, dispensa para os pais acompanharem os filhos em consultas médicas; assistência à mãe gestante, educação sem violência, custódia em casos de privação de liberdade¹⁶.

3.3.2. Colômbia: exemplo de política suprainstitucional. Projeto de Lei 002/2014, Política de Estado para o Desenvolvimento da Primeira Infância – de Zero a Sempre¹⁷ (Desde julho de 2015 encontra-se pendente de discussão no Senado)

Desde 1991, a Constituição, a Política Nacional e outras leis colombianas reconhecem os Direitos das Crianças na Primeira Infância. Por décadas desenvolveram-se experiências lideradas por diferentes setores sociais e de proteção. Em 2007, se formulou a Política Pública Nacional de Primeira Infância. Em 2011, o governo criou a Comissão Intersetorial para a Atenção Integral à Primeira Infância, organismo nacional com visão estratégica suprassetorial, cujo objetivo é articular a Política Educativa de Zero a Sempre. Os setores que trabalham pela infância são: Presidência da República, Ministério de Proteção Social, Saúde, Cultura, Educação Nacional, Instituto Colombiano de Bem-Estar Familiar (ICBF), Departamento Nacional de Planejamento e Altos Conselhos Presidenciais para Programas Especiais e para a Prosperidade Social. A Comissão intersectorial se replica em departamentos e em municípios associados a entes privados e à Sociedade Civil.

A “**Política Educativa de Zero a Sempre**” é um sistema nacional e territorial de um conjunto de ações planejadas dirigidas a promover e a garantir o desenvolvimento infantil das crianças na primeira infância, através de um trabalho unificado. Desde a perspectiva de Direitos e com um enfoque diferencial, promove o desenvolvimento de planos, programas, projetos e ações de articulação intersectorial para melhorar a qualidade de vida de gestantes, crianças de zero a cinco anos e suas famílias (alimentação, nutrição, educação inicial e atenção integral à saúde).

O poder legislativo aprovou, em março de 2015, a Lei nº 002 de 2014, Câmara sobre a Política de Estado para o Desenvolvimento da Primeira Infância de Zero a Sempre, que prevê um marco institucional, com ações integradas intersectoriais, em benefício da criança, que transcenda os períodos governamentais e que, com responsabilidade conjunta do Estado, sociedade civil e família garanta o desfrute dos Direitos das Crianças desde a concepção até os seis anos.

O projeto prevê compromissos com todos os Direitos mencionados na Convenção sobre os Direitos da Criança e seus 17 Comentários Gerais, entre eles o cuidado, a educação, a proteção, a integridade físico-sócio-emocional, o bom tratamento e a não violência, o brincar, entre outros.

A Lei propõe contar com um Sistema Nacional de Bem-Estar Familiar que se estabelecerá através da Comissão Intersetorial para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, que será presidida pela Presidência da República. Esta Comissão será tão ampla como operativa e nela estarão representados os mais altos níveis do governo que tem relação com as respostas à demanda das crianças e suas famílias de serviços e programas que devem receber. Nos Estados e níveis locais se formaram comissões equivalentes e se imple-

16 <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=604836>.

17 <http://dezeroasiempre.gov.co>.

mentaram os serviços e programas, com sanções a quem não os cumpra. Anteciparam um sistema de *follow up*, monitoramento e avaliação desde as crianças até as medidas adotadas para aplicar a Lei.

A Prefeitura de Medelin, capital do Departamento de Antioquia criou em 2006 o Programa Bom Começo. Sua experiência demonstra que a política nacional de Zero a Sempre, associada à política municipal e estatal pode ser desenvolvida com populações muito vulneráveis e serviços integrais de qualidade (saúde, nutrição, educação e proteção). Demonstra também que se pode atender desde gestantes até crianças com 5 anos, com setores públicos aliados aos privados e a organizações internacionais; com administração transparente, avaliação constante e iniciativas de desenvolvimento social para todos.

Entre os fatores de êxito do Programa Bom Começo, destaca-se a modalidade de trabalho com o contexto comunitário. A família é atendida por equipes interdisciplinares, desde a gestação até os dois anos da criança. Acima desta idade, o atendimento é realizado por meio de Creches articuladas como serviços de Primeira Infância no território, com espaços estéticos, de qualidade. A Comissão de Políticas Públicas Municipal de Medelin conta com uma Rede Interuniversitária *Buen Comienzo* [Bom Começo]; 11 mesas coordenadas por creches; mobilização social com agentes educativos; comunidades protetoras, cidades prósperas; além de um total de 30 articulações efetivas com outros planos e programas. Associam recursos financeiros da Secretaria de Educação e outras Secretarias. Desenvolvem a gestão do conhecimento formando agentes educativos; produzindo e socializando conhecimentos. Contam com uma valorização do desenvolvimento com enfoque ecológico e um sistema de assessoria técnica; articulação; gestão do conhecimento, supervisão e controle, acompanhamento e avaliação.

Entre os desafios para se alcançar a sustentabilidade, assinalam a necessidade de se colocar a Pedagogia Crítica e a Antropologia Pedagógica como modelo de educação inicial, fortalecer os processos de mobilização social, envolver a empresa privada, atualizar, implementar e avaliar o programa de atenção integral, posicionar a educação inicial como primeiro nível do sistema de educação, promover a organização social e comunitária (família e comunidade) para fortalecer a participação efetiva na atenção integral.

3.3.3. Chile: exemplo de política suprainstitucional e outras mudanças estruturais: Chile Cresce Contigo¹⁸

O Chile tem avanços muito importantes na implementação de políticas para a infância. Uma das principais foi a implementação do Subsistema de Proteção Integral à Infância “Chile Cresce Contigo” na qual participam os setores de governo, da comunidade e não governamentais. Por sua atuação acompanham-se as crianças e suas famílias desde o primeiro exame de gravidez da mãe, até os 4 anos de idade. Desde 2006, a política de estado para a primeira infância oferece serviços, mediante mais de 25 modalidades de trabalho orientadas ao alcance de proteção em um ambiente saudável, inclusivo, integral que respeita a diversidade e a interculturalidade.

Chile Cresce Contigo é parte do Sistema Intersetorial de Proteção Social, formulado como um sistema de acompanhamento da trajetória de desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até seu ingresso no sistema educativo. Apóia também a mãe desde seu acompanhamento pré-natal e a família com ações inter-setoriais integradas de serviços que respondem às necessidades das pessoas: proteção no trabalho, benefícios e apoio social, e saúde – com prioridade aos mais vulneráveis. Conta com uma estrutura de implementação com equipes desde o nível nacional por programas, até estaduais e municipais.

18 www.crececontigo.gob.cl.

A Lei 20.710, de março de 2014, é um exemplo que assegura financiamento da educação das crianças de 2 e 3 anos. Ela determina a obrigatoriedade da atenção às crianças de 5 anos e a política de aumento de cobertura permanente do pré-escolar com qualidade. A Lei 20.545/2011 modifica a proteção da maternidade, sancionando a licença pós-natal por seis meses e cinco dias, com possibilidade de transferir os dias de licença da mãe para o pai.

Outra prioridade do governo da Presidente Bachelet foi criar o Conselho Nacional da Infância, como instância de assessoria da Presidência da República, que se encarregará de criar um Sistema de Proteção Integral efetivo dos Direitos da Infância e da Adolescência, a Política Nacional de Proteção à Infância e Adolescência, a Lei de Garantia de Direitos, o Plano de Ação 2015-2025, a Política de Trabalho com a Família e a extensão do subsistema de proteção à infância “Chile Cresce Contigo” até os 8 anos de idade.

O Conselho é integrado pelos Ministros de Desenvolvimento Social, Justiça, Educação, Saúde, Fazenda e Serviço Nacional da Mulher; é presidido pela Ministra da Secretaria Geral da Presidência. Há também representantes dos setores de Moradia e Urbanismo, Desporto, Orçamento e Serviço Nacional de Menores. Entre as lições dessa experiência, destacam-se: um marco conceitual unificado claro, planejamento com base em Direitos e garantias, orçamento adequado e compartilhado entre vários setores, vontade política de alto nível, trabalho de rede entre os vários setores, modificação de leis em coerência com o subsistema “Chile Cresce Contigo”, entre outros.

Em maio de 2014, os Deputados de distintos partidos políticos criaram a Bancada Transversal pela Infância e a Adolescência, cujo objetivo é promover um espaço parlamentar que trabalhe na criação e discussão de propostas que permitam que o Estado garanta o cumprimento dos Direitos das crianças e adolescentes.

3.3.4. Equador: exemplo de política suprainstitucional e outras mudanças estruturais¹⁹

A Constituição da República do Equador (2008), em sua Seção Quinta, Art. 44º, diz: “O Estado, a sociedade e a família promoverão de forma prioritária o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes (...) terão direito a seu desenvolvimento integral (...) em um ambiente familiar, escolar, social e comunitário (...) com o apoio de políticas intersetoriais nacionais e locais”.

Seu Plano Nacional para o Bem-Viver 2013-2017 tem 12 objetivos; entre eles: “Garantir o desenvolvimento integral da primeira infância a crianças menores de 5 anos (...) É prioridade da política pública”. Para garantir a intersetorialidade criaram o Ministério de Coordenação de Desenvolvimento Social (MCDS), no qual participam os setores sociais (saúde, educação, desenvolvimento social, somando 12 setores e instituições), família e comunidade, prestadores de serviços privados, academia e organizações da sociedade civil. Um Comitê Intersetorial da Primeira infância toma as decisões com seus ministros e altas autoridades.

Para responder ao desafio do Plano, com um sistema de programas e serviços de cuidado, educação, saúde e inclusão econômica e social, o governo criou a *Estratégia Nacional Intersetorial para a Primeira Infância: Infância Plena* como política transversal intersetorial e interinstitucional que se propõe a consolidar o modelo integral de atenção à primeira infância com enfoque de Direitos, considerando o território, a interculturalidade e o gênero para assegurar o acesso, cobertura e qualidade de serviços desde a gestação da mãe até os cinco anos de idade da criança, estimulando a responsabilidade da família e a comunidade.

19 <http://www.desenvolvimentosocial.gob.ec>.

Existem leis e atos normativos que respaldam o cuidado, a proteção, a educação e o desenvolvimento social, como, por exemplo, a capacitação e o aperfeiçoamento dos professores estão respaldados desde a Constituição Política do Estado, a Lei Orgânica de Educação Intercultural (LOE), a Lei da Carreira Docente e a Hierarquização do Magistério, que com sua Direção de Capacitação e Aperfeiçoamento docente e Pesquisa Pedagógica pode desenvolver um sistema que qualifica o talento humano para o Modelo Infância Plena.

3.3.5. Cuba - Política de Atenção Integral, Cobertura Nacional Governamental de 100%

Segundo dados do UNICEF, em 2012 Cuba tinha uma população total de 11.271 milhões, dentre eles 532 mil são menores de cinco anos. O índice de mortalidade infantil de menores de cinco anos era 6; e de menores de um ano era 4. A alfabetização é de 100%. Entre as crianças de 3-5 anos, 494 mil, 704 participam em programas de educação pré-escolar²⁰. Seus índices de repetição são 0.7% (2004) e de evasão evasão escolar 2.6%. O Decreto-Lei 234 de 2004 e o 285 de 2011 modifica a licença maternidade para 22 semanas (6 semanas pré-natal e 14 semanas pós-parto) com remuneração integral, e até um ano de idade como 60% do salário. Os pais também podem tirar esta licença, mesmo sem estarem casados com a mãe da criança.

Com essas medidas, Cuba atende quase 100% de sua população infantil de zero a seis anos. A legislação nacional, desde a Constituição, o Código da Família, a Lei da Maternidade e a Lei da Criança e do Adolescente resumem o que, na prática, é realizado por todos os setores e instituições cubanas. Os princípios são: a estabilidade do sistema político; a universalização do direito aos serviços; a compreensão do que significa a primeira infância – incluindo o processo gestacional, a educação na família e seu impacto no desenvolvimento futuro do ser humano. As políticas de todos os setores oferecem sobrevivência, bem-estar, atenção, cuidado e educação da primeira infância. Há uma ampla participação do governo, sociedade civil, academia e pais de família.

São realizadas ações coordenadas para alcançar o máximo desenvolvimento humano, o sistema é congruente intersetorialmente, baseado nas pesquisas sobre as necessidades das crianças. Existem modalidades de atenção que se iniciam no setor saúde com as crianças desde a gestação, seu nascimento e até os dois anos de idade. As crianças e suas famílias participam na atenção institucional e não institucional, sendo desenvolvidos os Círculos Infantis (de zero a seis anos) e as aulas de Grau Pré-escolar (de cinco a seis anos) e a educação não institucional (não formal) que se realiza mediante um Programa Social de Atenção Educativa para todas as crianças de zero a seis anos que não estão inseridas no sistema institucionalizado. Se chama “Educa a tu hijo” (Educa teu filho), tem uma forte participação familiar, envolve naturalmente as crianças com necessidades especiais. Os professores e gestores são altamente qualificados para todas as modalidades de atenção.

3.3.6. Uruguai: políticas integrais de diferentes setores e instituições em sinergia²¹

Em abril de 2012, lançou-se o Programa *Uruguay Crece Contigo* [Uruguai Cresce Contigo], que é uma política pública do Ministério do Desenvolvimento Social, de cobertura nacional. Foi criada para consolidar um sistema de proteção integral à primeira infância, que se inicia quando a mãe está em processo de gestação e segue até as crianças completarem quatro anos.

20 Conferência proferida pela Dra Isabel Rios Leonard, Vice-Presidente da Organização Mundial para Educação Pré-Escolar (OMEP), Cuba, em Medellín, Colômbia, maio de 2015.

21 <http://www.plancaif.org.uy>.

Desde 1988, a política pública intersetorial, de aliança entre o Estado e Organizações Sociais, chamada “Plano CAIF” (Centros de Atenção Integral à Infância e à Família), foi aprovada. Tem por objetivo garantir o crescimento, desenvolvimento integral e bem-estar das crianças desde sua concepção até os 4 anos, promover as potencialidades dos pais, família e comunidade para melhorar as condições e a qualidade de vida; e incentivar ações integradas para as famílias em condições de pobreza. Conta com um Comitê Nacional onde participam: o Instituto da Criança e do Adolescente (INAU); Instituto Nacional de Alimentação, Ministérios de Saúde Pública, Desenvolvimento Social, Educação e Cultura, a Administração Nacional da Educação Pública (ANEP/CEIP), o Congresso de Administradores e os delegados nacionais das Organizações Sociais. Alcançaram cobertura de 22% da infância de 0-3 anos e 55% da atenção nacional. Os Centros CAIF são administrados por organizações da sociedade civil e financiados pelos setores do Estado. As crianças de 4 anos passam obrigatoriamente aos centros do Ministério da Educação; devem utilizar a normativa curricular deste Ministério (MINEDU).

A Lei Geral da Educação 18.437, de dezembro de 2008, ampliou as leis anteriores: 17.015, de 1998, e 18.154, de 2007, sobre a obrigatoriedade da educação inicial para as crianças de quatro e cinco anos. Resumidamente, esta lei incorpora a Primeira Infância como parte do sistema educacional. Cria um Conselho Coordenador da Educação na Primeira Infância, que terá como missão articular e coordenar programas e projetos de educação para a primeira infância em nível nacional. Em dezembro de 2014, o Ministério da Educação publicou o Marco Curricular para atenção e educação de crianças uruguaias, desde o nascimento até os seis anos.

4. CONCLUSÕES

1. A primeira infância é uma estratégia de alta prioridade para as intervenções de políticas, serviços e programas de luta contra a pobreza e mudanças no desenvolvimento social. O investimento na atenção integral da primeira infância para reverter os efeitos da pobreza deve iniciar-se com intensidade desde o processo de gestação; ter continuidade no tempo; adaptar-se às crianças, famílias e comunidades; e ser avaliado sistematicamente.
2. Existe muita concordância entre as distintas ciências médicas e sociais, para demonstrar que a primeira infância é uma idade crucial para um começo consistente e para ampliar as possibilidades de desenvolvimento humano. A partir dos resultados de pesquisas sobre o desenvolvimento integral da primeira infância, tem-se que *claro que o período mais crítico da vida é durante os 1000 primeiros dias de vida das crianças.*
3. As características da Primeira Infância tornam ainda mais relevante o enfoque integral no qual todas as ações convergem na promoção de um desenvolvimento melhor. Esta peculiaridade exige *uma abordagem intersetorial com um marco teórico-conceitual preciso* – que considere todas as dimensões do desenvolvimento infantil e supere a tradicional fragmentação da organização dos Estados por setores. Exige, além disso, que haja liderança por um dos setores para que se canalize as respostas sincronizadas de cada setor – desde seu campo de domínio; com a infraestrutura, pessoal e orçamentos adequados.
4. *A primeira infância é o período de responsabilidades parentais mais amplas* (e intensas) em relação a todos os aspectos do bem-estar da criança contemplados pela Convenção: sua sobrevivência, saúde, integridade física e segurança emocional, níveis de vida e atenção, oportunidades para brincar,

- aprendizagem e liberdade de expressão. Em consequência, a realização dos Direitos da Criança depende em grande medida do bem-estar e dos recursos que estão disponíveis àqueles que tem a responsabilidade de cuidar das crianças. Reconhecer estas interdependências é um ponto de partida adequado para planejar a assistência e os serviços dos pais, representantes legais e outros cuidadores.
5. Os novos cenários socioculturais do século XXI, as Metas do Milênio 2015-2030 e outros compromissos com a melhoria da qualidade de vida e a luta contra a pobreza estão esperando que os governos cumpram o preenchimento da brecha entre as políticas e a realidade, já que subsistem desafios que obstaculizam o progresso no desenvolvimento humano.
 6. *Uma política integrada em nível nacional funciona* quando a normativa, regulações, regulamentos são precisos e trabalham articuladamente com os municípios e as instituições setoriais a esse nível. A integralidade se concretiza com ações sinérgicas no nível municipal.
 7. A prática de alguns países demonstrou que a *importância da liderança para articular as ações*; atribuindo-se a um setor ou ministério a tarefa de articular e coordenar as ações de atenção integral e políticas gerais; e cada setor e instituição suas políticas e serviços específicos sem perder sua identidade. Há experiências em que a liderança é assumida pela sociedade civil.
 8. A *integralidade das políticas* requer que o planejamento e a gestão sejam muito flexíveis, que abarquem e coordenem a totalidade e respeitem a diversidade do contexto, as necessidades e fortalezas (competências) das famílias e as culturas, oferecendo variedade de serviços e intervenções que sejam necessárias desde os diferentes setores, recursos, níveis de atenção. Exige uma avaliação continuada e a adequação dos recursos em cada etapa do processo. Todas as intervenções devem chegar às mesmas crianças, priorizando as mais vulneráveis. Muitos estudos demonstram o efeito sinérgico entre as intervenções que resultam em maior impacto no desenvolvimento da criança.
 9. Aprovada uma lei de primeira infância, é indispensável *fortalecer a formação e capacitação em ações integradas e integrais de qualidade* que incluam desde os funcionários do governo, docentes, agentes sociais, famílias e comunidades, meios de comunicação, universidades, empresas e fundações, toda a população. Desde o nível nacional ao municipal, local.
 10. A evidência científica desde diferentes disciplinas demonstra a *necessidade de reajustar as legislações aportando-lhes os fundamentos oferecidos pelas pesquisas e experiências em nível mundial*. Os estudos demonstram que é importante expor as crianças a experiências que lhes possibilitem chegar a um desenvolvimento adequado, oferecendo ambientes saudáveis e experiências para o desenvolvimento harmônico do cérebro e dos demais órgãos do corpo humano, desde antes e durante a gestação, assim como nos três primeiros anos de vida do ser humano.
 11. Nos países da OCDE de tradição anglo-saxã, nos países asiáticos e na maioria dos países das Américas, as *políticas públicas de primeira infância se apóiam em sólidas bases científico-conceituais*, os Direitos das Crianças desde sua gestação e estratégias metodológicas flexíveis que permitem atender à diversidade, com modalidades de atenção diversas (alguns países tem mais de 20) para crianças de zero a três anos; e de quatro a seis anos (serviços de atenção/cuidado em casa, em centros de cuidado públicos e privados, atenção nos postos de saúde, brinquedotecas, serviços específicos para minorias étnicas, populações com deficiência e desfavorecidas, programas não escolares ou não formais; serviços institucionalizados em empresas, entre outros).
 12. As experiências de políticas públicas de primeira infância em nível mundial e regional demonstram que se pode oferecer *serviços multidisciplinares que atendam a integralidade da criança associada*

a respostas às demandas do trabalho e da família, em particular sobre exercício da maternidade e paternidade.

13. Os setores e instituições que assumiram políticas públicas de primeira infância *reajustaram suas normas e regulamentações para desenvolver estratégias* baseadas em Direitos, coordenadas e multissetoriais, a fim de zelar para que os interesses superiores da criança sejam sempre o ponto de partida no planejamento e na previsão dos serviços. Assumiram uma abordagem sistemática e integrada na elaboração da legislação e das políticas, de acordo com o ciclo vital da vida do ser humano, considerando em sua estratégia como primeira prioridade: as mães gestantes, lactantes, pais, população na terceira idade, os adolescentes e todas as crianças até 5 anos de idade. O Chile, em 2015, assim como outros países, reajustou suas regulamentações de orçamento para responder à reforma de Chile Cresce Contigo.
14. As experiências demonstram que, quando se aprova uma lei de atenção integral à primeira infância, se reajustam as políticas de cuidado, proteção e educação da primeira infância, com processos e critérios de focalização para atenção de populações em condições de pobreza e vulnerabilidade, populações étnicas, migrantes e com necessidades educativas especiais, com serviços, programas e projetos, de acordo com suas necessidades, características e contextos particulares. *As melhores experiências antecipam mecanismos de follow up, monitoramento e avaliação permanente.*
15. Os setores e instituições que implementam políticas públicas de primeira infância exitosas garantem que os serviços, instalações e instituições responsáveis *respeitem critérios de qualidade*, especialmente nas esferas da saúde, cuidado, nutrição, proteção, educação, gestão, administração; assim como pessoal capacitado em ações integrais e integradas. A oferta de serviços com estas normas de qualidade são coerentes com as circunstâncias, idade e individualidade das crianças que são atendidas para trabalhar por grupos de idade.
16. Como demonstram as experiências de políticas públicas de primeira infância, com base nos resultados dos achados científicos, biológicos e sociais, pode-se evitar ou eliminar muitos problemas sociais e econômicos se se faz uma boa estratégia de desenvolvimento infantil inicial. A estratégia utilizada pela maioria dos países envolveu solucionar assuntos de saúde e nutrição para depois introduzir experiências de outras dimensões de desenvolvimento da criança, entre elas, estimulação da aprendizagem.
17. *Desde os governos, particularmente na América Latina e no Caribe, existe a necessidade de construir uma nova institucionalidade* que assuma em nível supranacional os propósitos da integralidade para promover, atender, proteger e educar à mãe, a família, a comunidade e as crianças, desde a concepção, gestação, nascimento, já que como demonstram as pesquisas, as aprendizagens emocionais, sociais e cognitivas se iniciam desde o ventre da mãe. Este desafio exige considerar protagonista a participação dos pais, da família e da comunidade; assim como um enfoque de desenvolvimento humano com respostas a seu ciclo de vida desde distintas disciplinas. Outro desafio é identificar uma liderança institucional clara e com autoridade que evite a dispersão na prestação e regulação dos serviços.
18. A *suprainstitucionalidade* inclui Saúde, Educação, Proteção e outros setores participantes da política definida desde o mais alto nível de governo. Requer gerar delineamentos intersetoriais e interinstitucionais claros e uma adequada articulação entre níveis de governo, contemplando os critérios e parâmetros centrais sen desconhecer as realidades locais. Para isto, a coordenação

interinstitucional deve ter suas expressões em nível local, incluindo os atores locais, junto com os organismos nacionais.

19. *As políticas, estratégias e programas que envolvem os pais* ativamente constroem apegos seguros, melhoram o ambiente educativo do lar, enriquecem o trabalho pedagógico, educativo e institucional. A família tem um papel fundamental na educação das crianças pequenas, especialmente nos primeiros três anos, etapa em que aprendem os primeiros padrões de comportamento, estabelecem alguns hábitos para a preservação da vida e experimentam a primeira aprendizagem sobre a qual construirão novos conhecimentos. Ao envolver os pais, fortalece-se suas práticas de criação e seu conhecimento do desenvolvimento infantil, para oferecer a seus filhos experiências oportunas e pertinentes, junto com atenção nestas idades.
20. Potencializar o caráter educativo da educação inicial implica, entre outros: promover o desenvolvimento integral da criança com estímulos e atividades permanentes, diversificadas e sistematizadas que compreendam a estimulação afetiva, emocional, sensorial, motriz, linguística e social, assim como condições básicas de nutrição e saúde; que, mediante a brincadeira, com afeto e comunicação, aumentem o poder do cérebro das crianças e tenham interação contínua com o mundo exterior; Implica também capacitar os pais, particularmente a mãe, para atuarem como “mediadores pedagógicos” em benefício de seus filhos e para aumentar o clima educacional da família.
21. Como produto do respaldo político mundial e regional, cada país estabeleceu metas e legislação que resultaram predominantemente na ampliação da cobertura educacional para as idades de 5 a 6 anos. Contudo, conhecendo os resultados positivos da atenção às crianças desde a gestação, quando as aprendizagens iniciais servem de raízes que vão potencializar o desenvolvimento de habilidades cognitivas e não cognitivas para o resto da vida do ser humano; uma boa resposta é incrementar os programas de formação e capacitação de pais. A Convenção dos Direitos da Criança e seus 17 Comentários Gerais são um bom guia. Uma melhor formação de pais incrementa a cobertura de crianças de zero a três anos com ênfase nas modalidades de atenção no lar e apoio aos meios de comunicação (Ver Anexo 1: Lista de Comentários Gerais da CDC).
22. Para *ampliar a cobertura da atenção às crianças desde que nascem*, alguns países criaram leis para estabelecer serviços de berçários ou salas de amamentação nas empresas que tem mais de 50 mulheres com crianças de zero a três anos, ou de zero a seis, assegurando-lhes atenção integral e proteção para crianças durante a jornada de trabalho de seus pais. Um sistema semelhante é desenvolvido em mercados ou lojas onde as crianças estão expostas a perigos que podem ser evitados com estes serviços.
23. São escassas as instituições nacionais e os governos que iniciaram respostas à demanda de atenção integral com um marco político-conceitual único com metas definidas e realistas que estabeleçam um sistema de cobertura universal, serviços/benefícios e mecanismos muito claros de coordenação. Os governos líderes podem ser: Brasil, Colômbia, Chile, Cuba, Equador.
24. *As empresas e fundações da Região das Américas estão utilizando a Responsabilidade Social Empresarial* para apoiar a definição da legislação, políticas e programas de primeira infância, considerando o enfoque de Direitos. Muitas iniciativas se orientam a apoiar os governos na luta contra a desnutrição, a anemia e a obesidade da criança e da mãe; oferta de serviços nas empresas; estudos específicos que levem à definição de políticas e/ou conteúdos de currículo; apoio com sistemas de avaliação de dados quantitativos e qualitativos; paternidade responsável; aportes para infraestrutura; apoio

a crianças com capacidades diferenciadas; crianças com estado de saúde muito delicado; capacitação de docentes, organização e manutenção de fundos para ampliar cobertura ou universalizar três e quatro anos (ou menos) de atenção; entre outros.

5. REFLEXÕES FINAIS:

1. Diante da mudança social e do desafio que representa a formação das novas gerações para enfrentar um mundo em constante e acelerada transformação, a atenção à primeira infância e às famílias demanda uma *maior adequação das políticas, relacionando-as com os aportes das neurociências e das pesquisas sociais*. Isso requer orçamento suficiente para implementá-las. Os poderes legislativos têm um papel essencial a cumprir.
2. Os pesquisadores e os formuladores de políticas devem colaborar na promoção e resposta aos desafios para o desenvolvimento de programas de atenção integral à primeira infância. Precisamos investir em programas e serviços de atenção integral à primeira infância para reverter os efeitos da pobreza. Precisamos ampliar a cobertura com ações integradas intersetoriais, interinstitucionais para termos práticas de equidade, com serviços de qualidade prioritariamente voltados à infância mais marginalizada, utilizando enfoques e metodologias diversas. Precisamos trabalhar de maneira associada entre governos, empresas, sociedade civil, pais de família, garantindo currículos adequados; formando e capacitando agentes educativos especializados, incrementando a pesquisa e o monitoramento, acompanhando e avaliando todos os processos que implicam decidir pelas políticas públicas para a atenção integral da primeira infância.
3. As novas descobertas de desenvolvimento do cérebro têm implicações profundas para os pais e formuladores de políticas. Os conhecimentos disponíveis acentuam a importância da formação das crianças com o contato pessoal e promoção de experiências estimulantes de qualidade. Há uma *necessidade urgente de formular programas de desenvolvimento infantil* para aumentar o potencial cerebral das crianças nascidas em lares vulneráveis e, no futuro, reduzir os custos de ajuda social pelo governo. Também é necessário fortalecer os vínculos parentais e as redes de apoio familiares e comunitárias para reduzir os fatores que afetam o desenvolvimento infantil, associados às condições de violência, abuso, abandono e desvinculação emocional, que influem diretamente na saúde física, emocional e no desenvolvimento saudável das crianças.
4. É estratégico que uma instituição supranacional ou um setor lidere a organização e a gestão de serviços e programas, considerando o conteúdo dos programas, a finalidade educativa mais que assistencial, a universalização do acesso à educação inicial desde idades muito novas, fomentando a equidade, qualidade, adequação, respeito à diversidade, eficiência na atenção integral à criança, assim como a descentralização para fortalecer a coordenação de ações intersetoriais e interinstitucionais. *Dentro da Comissão Intersetorial é necessário definir um mecanismo com autoridade, que facilite a capacidade convocatória e governabilidade* que, sem enfraquecer a institucionalidade, favoreça o fortalecimento de cada um dos setores membros. Parecia que se havia conseguido atingir isso, mas as experiências nas Américas não o demonstraram.
5. A proposta de currículo para as crianças menores, de zero a três anos, necessita incorporar conteúdos que preparem e melhorem as competências dos pais e das famílias para apoiar a formação de habilidades sociais e não cognitivas, que são substantivas para o desenvolvimento de aprendizagens

- cognitivas ou intelectuais. Deve haver um currículo que atenda as diferentes etapas de desenvolvimento da criança, preparado por uma equipe multidisciplinar que considere seu desenvolvimento integral e favoreça a participação dos pais, da família e da comunidade, como principais educadores. O mesmo pode ser adequado às regiões e municípios para respeitar a diversidade, assim como definir marcos de referência, enfoques diferenciados de atenção por idades com base em pesquisas de campo.
6. A Rede Hemisférica de Parlamentares e Exparlamentares pela Primeira Infância e seus correspondentes nos vários países deveriam continuar convocando legisladores e empresários das Américas para incentivarem o desenvolvimento, a implementação, a adoção, a avaliação e a fiscalização de leis que fortaleçam a capacidade de resposta dos poderes executivos por meio de políticas, programas e serviços de atenção integral à primeira infância mais pertinentes, que considerem os avanços mundiais das pesquisas e experiências sobre desenvolvimento humano. Consolidar-se, desse mesmo modo, como sociedade civil da Organização dos Estados Americanos (OEA), o Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN); a Organização Panamericana de Saúde (OPS), Parlamen, Parlatino e outros organismos políticos, internacionais e intergovernamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNEC - Asia-Pacific Regional Network for Early Childhood. Disponível em: <http://www.arnec.net/>

PROMUNDO. *Breve Panorama sobre a Primeira Infância no Brasil*, 2007. Disponível em: <http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2010/05/Panorama-PI-Introducao.pdf>

BARNETT, W.S.; CAROLAN, M.E.; SQUIRES, J.H.; CLARKE BROWN, K.; HOROWITZ, M. *The State of Preschool 2014; State Preschool Yearbook 2015*, New Brunswick, NJ; National Institute for Early Childhood Education Research (NIEER), USA, 2015. Disponível em: <http://nieer.org/yearbook>

CDC - Convenção sobre los Derechos del Niño. Disponível em: <http://www.unicef.org> New York, USA.

CDC - Convenção sobre os Direitos da Criança e 17 Observações Gerais. Genebra, Suíça. Disponível em: http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/GeneralComment7Rev1_sp.pdf

CORMACK, M; DULKEMBERT, E. *Las transiciones en la Primera Infancia: Una mirada internacional*. OEA, Washington DC, Estados Unidos, 2009.

CORMACK LYNCH, M. *Estratégias de Atenção à Primeira Infância*. Curso à Distância, Organización de los Estados Americanos. Washington DC, USA, 2010.

COMISIÓN EUROPEA/EACEA/ EURYDICE Y EUROSTAT. 2014. *Cifras Clave de educación y atención de la primera infancia en Europa*, Edición 2014. Informe de Eurydice y Eurostat. Luxemburgo, 2014.

Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Disponível em: <http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/> ; http://ec.europa.eu/eu_law/introduction/commission_role_es.htm www.eurochild.org

DE CERO A SIEMPRE (2011). *Documento Base para la Construcción del Lineamiento Pedagógico de Educación Inicial Nacional*. Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. Bogotá, Colombia, 2011.

DE CERO A SIEMPRE: Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de acción. Bogotá, Colombia, 2013.

ENCYCLOPEDIA ON EARLY CHILDHOOD DEVELOPMENT. *Parental Leave*, P.3, Universidad Montreal, Quebec, Canadá, 2015. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/>

FUJIMOTO, G. *La Educación no Formal, Experiencias Latinoamericanas de Atención a la Infancia: La no escolarización como alternativa*. Conferência realizada em Valência, Espanha, 2000.

FUJIMOTO, G. *Las mejores Prácticas de Políticas Públicas Direccionadas al Desarrollo Infantil en el Mundo*. Documento preparado para la Secretaría de Asuntos estratégicos de la Presidencia de la República de Brasil, Brasilia, Brasil, 2012.

FUJIMOTO, G. El derecho del niño al juego, las artes, las actividades recreativas. *Revista Latino Americana de Educación Infantil RELAdEI*, España, 2014.

GOLEMAN, D. *Emotional Intelligence*, traducido al español como *La Inteligencia Emocional*. Javier Vergara, Editor, S.A., Buenos Aires, Argentina, 1998.

HART, B.; RISLEY, T.R. The Early Catastrophe: The 30 Million Word Gap by Age 3. *American Educator*, 2013, pp. 4-9. Disponible em: [http://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/The EarlyCatastrophe.pdf](http://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/The%20EarlyCatastrophe.pdf)

HECKMAN, J. *Testimonios frente al Comité Económico*. Conjunto del Congreso de EEUU. Washington, D.C., el 23 de Junio 2007.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. *Subsistema de Proteção integral a la infancia: Chile Crece Contigo*. Santiago de Chile, Chile, 2013.

LARUE ALLEN AND BRIDGET B, KELLY, (Eds). Committee on the Science of Children Birth to Age 8: Deepening and Broadening the Foundation for Success. *Board on Children, Youth and Families; Institute of Medicine; National Research Council*. United States Washington DC, 2015. Disponible em: <http://www.nap.edu/catalog/1940->

MUSTARD, F. Experience-based brain development. *The scientific underpinnings of the importance of Early Child Development in a Globalized World*. Washington: Brookings Institution Canada, USA, 2006. Traducción al español en la OEA: *Desarrollo del Cerebro Basado en la Experiencia temprana, efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta*, 2007, USA.

MUSTARD, F; Mc CAIN, M.; SHANKER, S. Early Years Study 2. *Putting Science into Action*. Canadian Council for Early Childhood Development, 2007.

NOBLE, K. G. Nature Neuroscience. *Poverty Shrinks brains from birth*, 2015. Disponible em: <http://www.dx.doi.org>

NASH, J. M. Reportaje especial publicado en la revista TIME. *Cómo se desarrolla el cerebro de un Criança*, traducido en OEA por Jorge Garcia, Washington DC, Estados Unidos, 2007.

OHCHR - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible em: <http://www2.ohchr.org>.

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development. *The Centre for Educational Research and Innovation (CERI)*. Paris, Francia. Disponible em: <http://www.oecd.org/education/school/earlychildhoodeducationandcare.htm>

OECD - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. *Review of Policies and Practices for Monitoring Quality in Early Learning and Development* (Revisión de políticas y prácticas para el seguimiento de la calidad en el aprendizaje y desarrollo). Paris, Francia. 2013.

OIT [ILO]. International Labor Organization. Maternity and Paternity at Work. *Law and Practice across the world*. Ginebra, Suiza, 2005, p. 54.

OIT - Organización Internacional del Trabajo. *La maternidad y paternidad en el trabajo: la Legislación y la práctica en el mundo*, Ginebra, Suiza, 2014. Disponible em: <https://www.ilo.org/global/topics>

OIT - Organización Internacional del Trabajo. *Un buen comienzo: La educación y los educadores de la primeira infância*. Ginebra, Suiza, 2012.

PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. *Sostener el Progreso Humano: Reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Nueva York, Estados Unidos, 2014.

Social Justice Begins with Babies. *The first annual report of Scotland's coalition supporting Putting the Baby in the Bath Water*. Escocia, Noviembre, 2014.

Sistema Integral de Apoyo de los Crianças y su crianza. *Libro de Informaciones oficina del Gabinete*. Ministerio de Educação, Cultura, Deportes, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar. Libro de Informaciones. Tokio, Japón, 2015. Disponible em: www8.cao.go.jp

UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo*. Paris, Francia, 2015. Disponível em: <http://www.unesco.org>

ONU. *Transforming our world by 2030. A new Agenda for Global Action*. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org>

ANEXO 1

A CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA (CDC) AS 17 OBSERVAÇÕES GERAIS

O Comitê de Direitos da Criança se encarrega de analisar as medidas, a aplicação e o progressos que os Estados-Parte realizam e solicita que os países reportem dados que reflitam a não aplicação da Convenção. Elaboram e recomendam Observações ou Comentários Gerais que explicam os dispositivos da maioria dos 54 artigos da Convenção. Entre 2001 e 2013, o Comitê propôs 17 Comentários ou Observações Gerais, entre elas:

Nº 1 Propósitos da Educação, 2001.

Nº 2 O papel das instituições nacionais independentes de Direitos Humanos na promoção e proteção dos Direitos da Criança, 2002.

Nº 3 O HIV/AIDS e os Direitos da Criança, 2003.

Nº 4 A saúde e o desenvolvimento dos adolescentes.

Nº 5 Medidas gerais de aplicação da Convenção sobre os Direitos da Criança, 2003.

Nº 6 Tratado das crianças não acompanhadas e separadas de sua família fora de seu país de origem, 2003.

Nº 7 Realização dos Direitos da Criança na Primeira Infância, 2005.

Nº 8 O Direito da Criança à proteção contra os castigos corporais e outras formas de castigos cruéis ou degradantes, 2006.

Nº 9 Os Direitos da Crianças com Deficiência, 2006.

Nº 10 Os Direitos da Criança na Justiça da Infância e da Juventude, 2007.

Nº 11 As Crianças Indígenas e seus Direitos em função da Convenção, 2009.

Nº 12 O Direito da Criança a ser escutada, 2009.

Nº 13 O Direito da Criança a não ser objeto de nenhuma forma de violência, 2011.

Nº 14 O Direito da Criança a que seu interesse superior seja considerado primordial, 2013.

Nº 15 O Direito da Criança ao desfrute do mais alto nível possível de saúde, 2013.

Nº 16 As obrigações do Estado em relação ao impacto do setor empresarial nos Direitos da Criança, 2013.

Nº 17 O Direito da Criança ao descanso, ao lazer, à brincadeira, às atividades recreativas, à vida cultural e às artes, 2013.

Nota: O próximo Comentário Geral tratará do tema dos Direitos da Mulher e Primeira Infância.

ANEXO 2

OBJETIVOS SUSTENTÁVEIS DO MILÊNIO **TRANSFORMAR NOSSO MUNDO: A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO** **SUSTENTÁVEL, APROVADA EM 25 DE SETEMBRO DE 2015 NA** **ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. RES. A/70/L.1.**

- Objetivo 1.** Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares;
- Objetivo 2.** Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável;
- Objetivo 3.** Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
- Objetivo 4.** Assegurar uma educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos;
- Objetivo 5.** Alcançar a igualdade de gênero e empoderar a todas as mulheres e as meninas;
- Objetivo 6.** Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável da água e o saneamento para todos;
- Objetivo 7.** Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderna e a preço acessível à energia para todos;
- Objetivo 8.** Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos;
- Objetivo 9.** Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação;
- Objetivo 10.** Reduzir a desigualdade nos países e entre eles;
- Objetivo 11.** Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e **sustentáveis**;
- Objetivo 12.** Assegurar modalidades de consumo e produção sustentáveis;
- Objetivo 13.** Adotar medidas urgentes para combater as mudanças climáticas e seus efeitos;
- Objetivo 14.** Conservar e utilizar sustentavelmente os oceanos, os mares e os recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável;
- Objetivo 15.** Proteger, restabelecer e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir sustentavelmente os bosques, lutar contra a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda da biodiversidade;
- Objetivo 16.** Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes e inclusivas em todos os níveis;
- Objetivo 17.** Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a Aliança Mundial para o Desenvolvimento Sustentável.

TRAJETÓRIA DOS DIREITOS DA CRIANÇA NO BRASIL – DE MENOR E DESVALIDO A CRIANÇA CIDADÃ, SUJEITO DE DIREITOS

Vital Didonet

Professor, Mestre em Educação, Especialista em Educação Infantil, Políticas Públicas e Direitos da Criança; ex-Consultor Legislativo

Muito se tem escrito e ainda se escreverá sobre os direitos da criança. O tema é inesgotável, porque inesgotáveis são a extensão e a profundidade do ser-criança e porque, sujeito social, ele vive na dinâmica da sociedade e da cultura, que se transforma ao longo do tempo. Novos ângulos da vida infantil e do processo de desenvolvimento vão sendo percebidos. O olhar da sociedade, do governo, dos profissionais das diferentes áreas vai alargando progressivamente o ângulo de visão enquanto a ciência vai aprofundando o conhecimento dos fatores que incidem construtiva ou restritivamente no desenvolvimento da criança.

Seres da cultura e da ciência, nós adultos vamos mudando nossa compreensão sobre o significado da infância, o conteúdo da vida infantil e a presença ativa e criadora da criança na sociedade. Ainda temos viseiras que delimitam nosso campo de percepção. O adultocentrismo talvez seja a que mais o estreita e distorce. Se pensamos que a criança é imatura, frágil, incapaz e que nós, adultos, é que sabemos das coisas, a consequência é que nos postamos diante dela como protetores, cuidadores, responsáveis pela sua vida, saúde, alimentação, educação, enfim, pela sua formação em vista da idade adulta. Consideramo-nos o parâmetro, a fonte, seus guardiões, querendo que ela nos veja como o modelo, a segurança, a autoridade. Nessa ótica, a infância é apenas um estágio de preparação, o casulo em que se formam as asas para o voo futuro. Vemos apenas o dever. Ao invés, se compreendemos que ser criança é, já, ser alguém; que viver a vida de criança é plenificar o sentido da existência naquilo que essa vida é, pode ou deve ser na primeira etapa do caminho, estamos enxergando a criança no seu ser e no seu dever. Pois tão mais realizado é o ser humano quanto mais vive cada etapa de sua existência.

Por ser a criança, em si mesma, uma incógnita a ser compreendida pela ciência e um mistério a ser desvelado pelo amor, estamos sempre diante dela com olhar interrogante e proposições precárias. O que sabemos dela? Sabemos o que nos vem da experiência familiar e doméstica com filhos, irmãos e netos, tão diferentes entre si; o que adquirimos na prática profissional, limitada a algumas centenas de crianças sem grande diversidade entre si e em situações semelhantes de vida; o que nos chega pela leitura de pesquisas e estudos da sociologia da infância, da pedagogia, da biologia, da antropologia, da psicologia e da psicanálise, da neurociência, das manifestações artísticas e culturais, da filosofia e da religião. Mas tudo isso é apenas o

começo do conhecimento, que nos autoriza a continuar a aprender, nunca a ajustar a ele todas as próximas crianças com quem viermos a interagir.

Uma coisa é o fenômeno “infância” e “criança” como categorias sociais e culturais; outra é esta e única criança, cujo nome eu pronuncio, cujos olhos me fitam, e para quem a vida é um sorver cotidiano e um desejo aberto à surpresa. Como levar isso para as políticas públicas para todas as crianças, esse é o desafio.

Abordar o tema dos direitos da criança implica olhar para ela como pessoa humana íntegra, completa enquanto criança e incompleta enquanto em crescimento e desenvolvimento. O aqui e agora, que define o ser atual, e o crescimento e desenvolvimento, que constitui o devir, se imbricam de tal maneira que um sem o outro quebra a unidade essencial. Essa interação dinâmica determina que tenha direitos como toda pessoa humana, direitos específicos do ser-criança e direitos próprios da “condição peculiar de desenvolvimento”.

Este artigo é uma revisão da trajetória dos direitos da criança no Brasil, com um breve resgate das fontes internacionais. Revisitamos o tema com as perguntas: “que transformações ocorreram nos últimos cento e cinquenta anos na concepção e na atitude da sociedade em relação à criança? Como incidiram elas nas políticas públicas voltadas à primeira infância?”

Essas perguntas se justificam pelo fato de que nossa própria experiência e o conhecimento que as ciências constroem sobre o desenvolvimento na infância influenciam o modo como olhamos para as crianças, sobre o que delas esperamos e sobre o que lhes oferecemos para protegê-las, promovê-las e apoiar seu desenvolvimento. Alguma coisa é tão importante para elas que passa a ser definida e defendida como direito. Quais são as coisas não apenas importantes, mas essenciais, que devem ser incluídas no rol dos direitos da criança?

A intenção, bastante modesta, deste texto é refletir, à luz de alguns acontecimentos histórico-culturais, sobre o olhar em movimento da sociedade e a atitude em transformação do Estado que aportaram na atual visão sobre a criança cidadã, sujeito social de direitos, de direitos específicos decorrentes da dupla dimensão: o ser-criança, enquanto um em si e enquanto ser em desenvolvimento.

Hoje há consenso de que a criança é cidadã de pleno direito. A legislação internacional e nacional a esse respeito é precisa e vigorosa. Mas entre a Declaração, a Convenção dos Direitos da Criança, a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as condições de vida e desenvolvimento das crianças em nosso País medeia uma distância estupenda. Os progressos, no entanto, são tantos, que dão solidez à esperança de que há uma determinação na sociedade brasileira e no poder público de colocar a criança no patamar da dignidade que tem como pessoa e cidadã.

1. COMEÇOS INTERNACIONAIS DO INTERESSE HUMANITÁRIO E POLÍTICO PELAS CRIANÇAS

Não é privilégio nem pioneirismo do nosso tempo preocupar-se com a infância, ocupar-se da criança. Mas, inegavelmente, o século XX merece o qualificativo de “século da criança”. Isso, no entanto, não o redime da barbárie de duas guerras mundiais nem das atrocidades das lutas étnicas e fratricidas. Paradoxalmente, quando a dor da humanidade é mais atroz, o rosto da criança é invocado. Não se trata, certamente, de mecanismo de compensação, mas de resgate do humano sob os escombros dos erros adultos. O bom dessa escavação é que ela redescobre a criança e a ética, em parte, se recompõe. Mas o movimento é cíclico. Nos tempos de crise, as medidas de austeridade, que visam ajustar a economia e as finanças dos países, causam prejuízos maiores sobre as crianças, enquanto beneficiam os mais ricos e o capital financeiro. Por isso, o século da criança en-

trega para o século XXI a tarefa de por em prática os direitos da criança. E o Brasil, conforme a Constituição Brasileira, com absoluta prioridade.

- Em meados do séc. XIX, surge na França a ideia de proteção especial para as crianças. Essa ideia foi o germe dos direitos dos “menores”. Em 1841 são aprovadas leis para protegê-las no trabalho e, quarenta anos mais tarde, leis sobre o direito das crianças à educação.
- No início do século XX, novamente na França, espalhando-se aos poucos por outros países europeus, começam a ser elaboradas leis de proteção às crianças na saúde, na vida social e nas questões judiciais.
- Em 1919, com a criação da Liga das Nações (que mais adiante evoluiu para a ONU), a comunidade internacional abre os olhos para a necessária proteção social e governamental das crianças. Eglantyne Jebb, fundadora do *Save The Children*, redigiu um texto sobre os direitos da criança, que foi considerado pela Liga das Nações. Um Comitê começa a ser pensado para isso.
- A Declaração de Genebra, em 1924, adotada pela Liga das Nações, é o primeiro tratado internacional sobre os direitos da criança. Foi escrita com base nas ideias, princípios e práticas do médico e educador Janusz Korczak. A Declaração de Genebra fala dos direitos específicos da criança e das responsabilidades dos adultos em atendê-los. Aqui surge o princípio de que em situação de desgraça, calamidade, na guerra ou na paz, a criança deve ser a primeira a receber socorro.
- O UNICEF foi criado em 1947 para providenciar os cuidados às crianças órfãs e abandonadas que estavam vivendo em extrema penúria na Europa após a II Guerra Mundial. Ao tornar-se organismo permanente da ONU (1953), estendeu suas ações a todo o mundo, em programas de sobrevivência, saúde, aleitamento materno, alimentação e educação, e passou a ser o órgão específico, presente e ativo na defesa dos direitos da criança. A Organização Mundial para a Educação Pré-Escolar (OMEP) foi criada em Praga, em 1948, sob o auspício da UNESCO e foi, por décadas, órgão de consultoria dessa Organização nos assuntos da educação infantil. A motivação inicial foi a situação deplorável das crianças nos pós-guerra e seu propósito era defender o direito à educação e aos cuidados nos primeiros anos de vida, os mais cruciais para a formação humana.
- A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), inspirada na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (França, 1789), afirma que “a maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais”. As crianças são citadas com extrema parcimônia, mas o princípio do direito a cuidados e assistência especial sedimentou o caminho para posteriores especificações.
- Na década que transcorre sob a luz da Declaração dos Direitos Humanos vai sendo gestada uma declaração sobre o caráter único e específico da infância e a necessidade de adequar aqueles direitos gerais da pessoa humana à particularidade da vida e desenvolvimento infantil.
- Em 1959 é firmada a Declaração dos Direitos da Criança. Como “declaração”, não tinha força mandatória, mas foi um reconhecimento universal importante para se galgar novos patamares. Um deles foi a proclamação pelas Nações Unidas do “Ano Internacional da Criança” (1979). Nesse ano, a Polônia propõe a criação de um Comitê para escrever o texto de uma Convenção sobre os direitos da criança.

- De 1979 a 1989 foram dez anos de estudo, debates, revisões, aperfeiçoamentos até que as Nações Unidas propuseram a assinatura da Convenção dos Direitos da Criança (CDC). Um ano depois já tinha sido ratificada por 20 países, adquirindo com isso o caráter de obrigatoriedade. A Convenção dos Direitos da Criança é o texto internacional da ONU que mais rapidamente obteve o consenso dos países e que alcançou o maior número de ratificações: 190 de 192 (apenas os Estados Unidos e a Somália não o ratificaram até hoje).
- Vários outros documentos (tratados, convenções, cartas) das Nações Unidas, posteriores à CDC, se referem a direitos específicos das crianças, por exemplo, sobre o trabalho infantil, crianças em conflitos armados, deficiência, pornografia, prostituição infantil entre outros.

2. TRAÇOS DO PANORAMA BRASILEIRO NOS SÉCULOS XIX E XX SOBRE AS CRIANÇAS E OS DIREITOS

Até meados do século XX, o Estado Brasileiro considerava as crianças assunto doméstico, de responsabilidade familiar. As atenções governamentais anteriores, já no século XIX, incidiam sobre as “desvalidas” e as delinquentes. A sociedade, porém, começou mais cedo. Desde o século XIX, organizações sociais, especialmente religiosas, filantrópicas e assistenciais, organizavam serviços de acolhimento de órfãos, abandonados, enjeitados e de famílias em situação de extrema pobreza. Asilos, creches, abrigos eram instituições geralmente criadas e mantidas por instituições religiosas e beneficentes. O modelo filantrópico predominou até meados do século XX.²²

As altas taxas de mortalidade despertaram as atenções médicas, aliando-se pediatria e filantropia. Mas é na década de 1930 que se amplia a atuação dos profissionais da saúde, com propostas higienistas, revezando-se no discurso ou mesclando atuação médica, sanitarista, assistencialista e moral.

No campo das leis, das políticas governamentais e das instituições de atendimento, houve um lento processo de construção, passando por períodos de autoritarismo e repressão dentro dos quais vicejava também, mais no campo das iniciativas sociais, a afirmação de propostas democráticas.

O quadro a seguir pontua as decisões governamentais e iniciativas sociais, nos aspectos jurídicos e de atendimento da criança.

No Império	Ação
1823	Projeto de José Bonifácio para proteção do menor escravo. No fundo, a preocupação era com a mão de obra e não com a criança em si.
1824	A Carta Constitucional abandona o projeto de José Bonifácio e omite referência a crianças desassistidas.
1862	Lei proíbe separar os filhos de escravos de seus pais (primeira manifestação no campo jurídico do direito à convivência familiar).
1854	É regulamentado o ensino primário obrigatório, mas dele estavam excluídos os filhos dos escravos, as crianças não vacinadas e as com doença contagiosa.
1871	Lei do Ventre Livre: os filhos nascidos de mães escravas são livres da escravidão.

22 CAMPOS, M.M. A luta por creches. Em: GALVÃO, W.; PRADO JR., B. (Coords.). **Educação ou Desconversa**. São Paulo: Almanaque Brasiliense, 1980.

1890	Organizam-se no Rio de Janeiro os serviços de assistência à infância desvalida, incluindo criação de asilos (Decretos nos 439 e 658).
1890	O Código Penal declara os menores de nove anos isentos de crimes e os de 10 a 14 também inimputáveis se agissem sem o completo discernimento.
1890/1891	Regulamentação do trabalho do menor: idade mínima de 12 anos (Decreto no 1.313).
1899	O pediatra e sanitarista Montecorvo Filho cria, no Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, que se tornou referência nacional, com um amplo escopo: inspecionar e regular as amas de leite; estudar as condições de vida das crianças pobres; organizar campanhas de vacinação; difundir conhecimentos sobre doenças infantis, etc. Ele criou, em 1919, o Departamento da Criança e o manteve, às suas expensas, até 1938.
1923	É criado o Juizado de Menores no Rio de Janeiro, com um abrigo para onde o juiz encaminha as crianças abandonadas e as delinquentes (espaços separados para os dois grupos). É instituído também o Conselho de Assistência de Proteção aos Menores (Decreto no 16.272).
1927	Surge o Código de Menores (Mello Mattos), consolidando as normas existentes e criando um diploma legal específico para o menor em situação de abandono e delinquência. Coloca-os sob a tutela da autoridade competente para as medidas de assistência e proteção; cria o juizado privativo de menores; eleva a inimputabilidade penal para 14 anos e mantém a idade mínima de 12 anos para o trabalho. A Roda dos Expostos foi abolida, obrigando as pessoas a entregar as crianças diretamente a quem as acolhia. E exigiu que, mesmo preservando o anonimato da entrega, se fizesse o registro da criança.
1934	Constituição Federal: a primeira a fazer referência direta à criança, porém ainda restrita ao trabalho infantil (proibido aos menores de 14 anos), ao trabalho noturno (proibido aos menores de 16) e em indústrias insalubres (proibido aos menores de 18 anos). Além disso, dispôs sobre os serviços de amparo à maternidade e à infância.
1937	Constituição Federal: aumenta os dispositivos sobre as crianças, especialmente às que tinham mais necessidades econômicas. Declara ser obrigação do Estado a assistência à infância e à juventude, assegurando-lhes condições físicas e morais para o desenvolvimento de suas faculdades. Mantém as disposições da Constituição anterior sobre o trabalho de menores. Dá aos pais o direito de solicitar auxílio do Estado para a subsistência e a educação dos filhos. Estabelece o dever dos Entes da Federação à criação de instituições de ensino público para os que não tivessem condições de estudar nas escolas particulares. Define como falta grave dos pais o abandono dos filhos menores, cabendo ao Estado prover a subsistência deles.
1940	A partir desse ano começam a ser formuladas políticas de Estado para a Infância
1940	O governo federal cria, no âmbito do Ministério da Educação e Saúde, o Departamento Nacional da Criança, que centralizou, durante 30 anos, a política de assistência à mãe e à criança no país.
1941	Surge o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) com a finalidade de prestar amparo social aos menores desvalidos e infratores (Decreto-lei no 3.779). O atendimento era prestado em todo o país por instituições privadas com auxílio público e algumas estatais. Sua forma de atuação era correcional repressiva (reformatório e casas de correção para adolescente autor de ato infracional) e assistencialista (escolas de aprendizagem e ofício, para menores carentes urbanos, e patronatos agrícolas para crianças do campo).
1942	A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi criada pelo Governo Vargas para dar atenção às famílias dos soldados que lutaram na II Guerra Mundial. Com o fim da guerra, ela estendeu a assistência às famílias pobres em geral. Com o passar dos anos, foi abrindo o leque de serviços: atendimento médico-social e materno-infantil; distribuição de alimentos para gestantes, crianças e nutrízes; e assistências integrais a crianças em creches e abrigos. Firmava convênios com organizações sociais, repassando recursos para o atendimento das crianças. A linha da assis-

tência social à criança foi alavancada em 1977, com o Projeto Casulo, que chegou a atender a 2 milhões de crianças em todo o País.²³ Com sua extinção, em 1995, o programa de apoio à criança passou para a Secretaria Nacional de Assistência Social, do Ministério da Previdência e Assistência Social, e, a partir de 1996, para os sistemas de ensino.

1946	Promulgada nova Constituição Federal: no tocante à criança, repete os ditames da anterior.
1964	É criada a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), em substituição ao SAM, com a finalidade de elaborar e implementar a política nacional de bem-estar do menor. Trouxe o atendimento da criança para a responsabilidade do Estado, em instituições próprias.
1967	A nova Constituição prevê a assistência à maternidade e à infância, determina que as empresas dos setores de comércio, indústria e agricultura mantenham o ensino primário gratuito aos empregados e seus filhos. Institui o ensino dos 7 aos 14 anos, obrigatório e gratuito, nos estabelecimentos oficiais, permite o trabalho infantil a partir de 12 anos.
1969	Emenda Constitucional: acrescenta à CF o dever da educação às crianças com deficiência.
1979	A Lei no 6.697 institui o novo Código de Menores, criando a expressão “menor em situação irregular”, que abarcava o menor abandonado, vítima de maus-tratos, em perigo moral, desassistido juridicamente, com desvio de conduta e autor de infração penal. Conferiu ao juiz todo poder para resolver as questões atinentes aos menores.

Podemos perceber, nessa leitura histórica – com o risco de ser uma percepção parcial e não isenta de subjetividade –, que a sociedade e o Estado foram sensíveis à criança e tomaram iniciativas para melhorar suas condições de vida e desenvolvimento, em suma, que era dever cuidar das crianças, mas que as preocupações e as ações tinham alguns vieses, entre eles:

- a. incidiam sobre uma parcela das crianças e um tipo de infância – a das crianças órfãs, pobres, abandonadas, “desvalidas”, filhas de escravos, enjeitados (mesmo de famílias ricas), deficientes, delinquentes, “em situação irregular”. Todas as demais crianças não constituíam assunto do Estado, mas da família. A educação pré-escolar, em jardins de infância, fazia a exceção;
- b. a tônica da ação era a proteção nas situações desfavoráveis à vida da criança, o assistencialismo, a filantropia e, no caso do higienismo, o fortalecimento do povo por meio da saúde desde a infância. Não havia a noção de que aqueles serviços fossem uma resposta aos direitos da criança, apenas às suas necessidades. Novamente, a exceção era a educação pré-escolar, cuja pedagogia visava à vida plena da criança, e o ensino primário, que devia ser universalizado;
- c. a criança era objeto do cuidado, a destinatária silenciosa, a carente e precisada da atenção.

23 Ver a Entrevista realizada pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil/Ipea com Luis Fernando de Sousa Pinto, que foi presidente da LBA no período de grande expansão do programa de assistência à criança na Creche Casulo. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/historal/arcq/Entrevista568.pdf>

3. UMA GRANDE GUINADA: DE “MENOR” À CRIANÇA, DE OBJETO DE ATENÇÃO A SUJEITO DE DIREITOS, DA CONCEPÇÃO REDUCIONISTA À DE CRIANÇA COMO PESSOA INTEGRAL, DE UMA PARCELA AO UNIVERSO DAS INFÂNCIAS BRASILEIRAS

3.1. A Sociedade, o Governo e a Criança em face da Assembleia Nacional Constituinte

Estávamos em 1986. Haviam sido convocadas eleições para a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) para elaborar a nova Constituição Federal. A sociedade, calada durante 22 anos, estava ansiosa por participar. E começou a reunir organizações, formar grupos de discussão, debater propostas com candidatos àquela esperada Assembleia. As instituições que atuavam na área da criança propunham à população que votassem em candidatos que se comprometessem com a causa da criança.

Mas qual era a causa da criança? Essa era uma matéria a ser trabalhada no âmbito social, com ampla participação, e no recinto da própria ANC. Mas existiam anseios e insatisfações, experiências e proposições que vinham se manifestando de forma isolada e esporádica. Era preciso reunir e organizar, mobilizar e propor. Surgiu, assim, a ideia de um Movimento Nacional Criança e Constituinte.

Nesse mesmo ano, por iniciativa do então secretário de planejamento do Ministério da Educação e do Desporto, Dr. Walter Garcia, foi criada uma Comissão Interministerial²⁴ – a Comissão Nacional Criança e Constituinte (CNCC) – com membros do governo e da sociedade civil para apresentar propostas à ANC na área da criança. Era formada pelos Ministérios da Educação e do Desporto, da Saúde, da Cultura, do Planejamento, da Assistência Social, da Justiça e do Trabalho, e das organizações não governamentais: Organização Mundial para a Educação Pré-Escolar (OMEP/Brasil), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), CNBB/Pastoral da Criança, Federação Nacional de Jornalistas (FENAJ), Frente Nacional da Criança (FNCr), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Movimento Nacional Meninos e Meninas de Rua (MNMRR), mais o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Uma agência de publicidade (PROPEG), de São Paulo, gratuitamente, produziu para a CNCC farto e criativo material de publicidade, constituído de *spots* de rádio e de TV, cartazes, anúncios em revistas e jornais de circulação nacional e reproduzidos em jornais de circulação estadual.

Sobre essa Comissão, diz um artigo do Ministério Público do Rio Grande do Sul: “A Comissão Nacional Criança e Constituinte promoveu um processo de sensibilização, conscientização e mobilização junto aos constituintes e à opinião pública, inclusive através da imprensa, o que conquistou até mesmo o apoio da iniciativa privada”²⁵.

Em todos os estados e no Distrito Federal foram criadas Comissões Estaduais nos moldes da nacional. O mesmo se deu em vários municípios. Estimou-se, na época, que mais de 600 organizações se articularam em todo o País. Formávamos, assim, uma rede de 27 organizações estaduais e algumas municipais, coordenadas pela comissão nacional. Esta definia a estratégia e o plano de ação nacional, acompanhava, divulgava e promovia o intercâmbio entre as comissões estaduais, reunia e consolidava as sugestões e fazia um intenso

24 Portaria no 449, de setembro de 1986.

25 O Conselho Tutelar no Estatuto da Criança e do Adolescente – Ministério Público do Rio Grande do Sul, em www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/ctnoeca.pdf. Consultado em: 21/9/2015.

trabalho de articulação na Assembleia Nacional Constituinte, especialmente com deputados e senadores que atuavam em comissões temáticas de interesse da criança.²⁶

As perguntas eram: qual era a causa da criança? Que bandeira devíamos levantar? Que era preciso afirmar? Que espaço queríamos para a criança na Constituição que se iria elaborar? Como iríamos ganhar esse espaço?

É preciso analisar, mesmo que sumariamente, o contexto que vivíamos na época em relação à criança: elevados índices de mortalidade e morbidade infantil e de crianças menores de cinco anos, desnutrição, baixo atendimento educacional na creche e pré-escola, mais de 20% das crianças entre 7 e 14 anos não estavam na escola obrigatória, violência contra a criança, trabalho infantil, etc. A enorme disparidade econômica entre famílias e regiões do País era responsável por diferenças na esperança de vida, na escolaridade, na aprendizagem e na expectativa de inserção futura no mercado de trabalho. Mas o mais grave, segundo a CNCC, era a representação social da criança expressa nos meios de comunicação e no discurso cotidiano a elas referido. Duas expressões dividiam o universo das crianças: de um lado, havia “criança”, de outro, “menor”. Uma era a criança branca, de classe média ou alta, bem nutrida, sobre a qual repousavam esperanças de futuro. Outra, negra, excluída, padecendo privações econômicas e sobre a qual pesava o estereótipo de “coitadinha”, merecedora de caridade, objeto de programas assistencialistas e, pior, “risco de se tornar marginal, pivete, problema social futuro”.

A CNCC se postou aberta e veementemente contra essa representação, rejeitando propostas de formular princípios para políticas e programas dirigidos a crianças pobres, ou para os “menores”. A concepção que se defendia era de ser a criança cidadã, sujeito de direitos. Vínhamos discutindo essa concepção desde o Congresso Mundial da OMEP, no Canadá, em 1980, que aprofundou o tema “criança cidadã plena” (*L'enfant, citoyen a part entière*). A intenção explícita foi de considerar todas iguais, com a mesma dignidade e os mesmos direitos. Todos os princípios e as determinações encaminhadas à ANC se referem univocamente à criança, como sujeito de direitos e destinatária universal das políticas públicas de proteção e promoção. Com isso, garantiu-se um olhar não discriminador, base da justiça e caminho para construir a igualdade.

Os trabalhos podem ser agrupados em três grandes grupos: *a*) elaboração de propostas; *b*) mobilização social; e *c*) debates, apresentação e defesa das propostas à Assembleia Nacional Constituinte.

Sobre a *elaboração das propostas*: os membros da CNCC promoviam em suas respectivas organizações – Ministérios e ONGs – estudos e debates na área em que atuavam; recolhiam dados estatísticos e faziam análises qualitativas da situação de vida e desenvolvimento das crianças e elaboravam sugestões que eram levadas, semanalmente à Comissão. Textos e reflexões eram enviados às Comissões Estaduais que, por sua vez, promoviam debates, análises e proposições e os encaminhavam à Comissão Nacional. Realizavam-se debates e coleta de sugestões em reuniões com famílias nas comunidades, com profissionais e no meio acadêmico. Assim foi sendo formulado um documento global com proposições vindas de todo o País. Um primeiro documento foi debatido em um Congresso Nacional, que reuniu cerca de setecentas pessoas. Houve trabalhos em comissões temáticas e plenárias. Deles saiu o encaminhamento de criação de um grupo de representantes para elaborar uma proposta sintética que voltaria às bases estaduais para novos debates. Com o retorno das novas considerações e proposições, foi elaborado o documento final. Uma equipe de juristas da Universidade de Brasília lhe deu linguagem e formato de lei.

26 Referências sobre esse Movimento se encontram em: Didonet, V. Representação da Criança na Sociedade Brasileira. Em: Magalhães, A. R.; Garcia, W. **Infância e Desenvolvimento**: desafios e propostas. Brasília: Ipea, 1993; e Gomes da Costa, A. C. De Menor a Cidadão. Em: Mendes, E. G.; Gomes da Costa, A.C. **Das Necessidades aos Direitos**. São Paulo: Malheiros Editores, 1994.

Sobre a *mobilização social*: ela teve três objetivos: a) trocar a visão social que discriminava a criança das classes populares por uma visão baseada na igualdade e dignidade fundamental de todas as crianças; b) afirmar o direito de construir a igualdade real entre todas as crianças; e c) causar impacto na Assembleia Nacional Constituinte, atraindo a atenção sobre a criança e conquistar o maior número possível de deputados e senadores constituintes para que defendessem a proposta de que a criança merecia ser considerada prioridade nacional.

A mobilização registra, entre outras, as seguintes ações:

- a. *Palestras, rodas de conversa, trocas de ideias e debates* em escolas, centros de saúde, centros de assistência social, com pais, com crianças e adolescentes, com profissionais.
- b. *Mesas redondas e debates no Congresso Nacional*, sede da ANC, ora sobre temas setoriais, como saúde da criança, educação, trabalho infantil, etc., ora sobre questões gerais como políticas públicas para as crianças, deveres da família, da sociedade e do Estado, a criança como cidadã e sujeito de direitos. Realizamos dezenas desses debates, contando, sempre com grande número de deputados e senadores. Em alguns deles conseguimos reunir mais de 100 constituintes. Esses eram também entrevistados nos seus respectivos estados, em que se lhes perguntavam o que defendiam e o que iriam propor em relação aos direitos da criança. Era uma forma de interessá-los e comprometê-los com a causa. Assim, o número de aderentes à causa da criança foi aumentando. No final dos trabalhos, contabilizamos cerca de 200 constituintes que estavam envolvidos na causa da criança e tinham compromisso de defendê-la no texto constitucional.
- c. *Marchas* por ruas e praças com crianças, jovens e adultos, portando faixas, cartazes e dizeres sobre os direitos da criança, em capitais dos Estados e outras cidades, com presença da imprensa, que registrava os atos públicos, colocando, além da notícia do evento, ideias que estavam sendo propostas pelo Movimento.
- d. *Participação da criança*: Sendo as crianças o sujeito de nossa ação, elas deviam estar conosco no maior número possível de situações. A criatividade das equipes nacional e estaduais inventava formas de as crianças participarem. Damos, aqui, apenas alguns exemplos.
 - Participavam das marchas pelas ruas e praças, no colo dos pais, em carrinhos ou caminhando, levando faixas e cartazes. Realizavam “*assembleia constituinte escolar*” em pré-escolas e escolas e, imitando os constituintes na elaboração da nova Carta Magna do País, escreviam o novo Regimento da sua escola, colocando nele as regras de convivência. O Regimento de uma pré-escola de Brasília feito pelas crianças de quatro a seis anos foi impresso pela CNCC e distribuído como exemplo de construção democrática de normas que regem um ambiente social de desenvolvimento e aprendizagem infantil, com as opiniões e escolhas das crianças.
 - A maioria dos *spots* de TV, anúncios, cartazes e chamadas eram constituídos de falas e imagens de crianças. Sua figura e voz eram marcantes como apelos para uma consciência social e política sobre o significado da infância e a transcendência do momento para a sociedade olhar para ela.
 - Em diversas ocasiões as crianças foram ao Congresso Nacional, ao encontro dos constituintes, ora com a Comissão Nacional, ora com representações estaduais, manifestar suas necessidades e vontades. Foram, também, a órgãos do poder executivo, pois era importante que as instituições governamentais também avançassem nas ações para a infância, como está demonstrado nessa nota publicada num jornal de Brasília:

Algumas das crianças que participam do Movimento Criança e Constituinte estiveram ontem no Ministério da Educação e especificaram os direitos que consideram fundamentais. Para Sérgio Marangoni Alves, que tem 14 anos, e cursa o 2º do Colégio Alvorada, a Constituinte deverá garantir o estudo “bom e gratuito” para todas as crianças, além de moradia, acesso à saúde e educação, não só a partir de sete anos, mas desde o nascimento. “Para o governo — explicou — até sete anos a criança praticamente não existe”.

- Elas foram atores decisivos na coleta de assinaturas num abaixo-assinado pedindo a inclusão dos direitos da criança na Constituição. As assinaturas eram feitas nas escolas, em centros sociais e comerciais, ruas, praças, pátios de igrejas, etc. Essa ação contribuiu para que milhões de pessoas parassem para pensar na criança e no seu direito de ser ouvida ao elaborar uma nova Constituição para o País.
- Na entrega desse abaixo-assinado, grupos de crianças, com seus professores ou outro responsável, acompanhavam a entrega dos pacotes de folhas com assinaturas de seus respectivos estados no Auditório Petrônio Portela.

Para ilustrar, sirvam os seguintes excertos do Jornal de Brasília, de 7 de abril de 1987:

CRIANÇAS VÃO LEVAR REIVINDICAÇÕES AO CONGRESSO NACIONAL

No Congresso Nacional, as crianças das Aldeias SOS de Brasília vão recitar um trecho do poema “Os Direitos da Criança”, disse José Loureiro, e entregar flores aos constituintes. “Será uma intimação poética e contundente”, afirma Vital Didonet, presidente da Comissão criada pelo Ministério da Educação. A Comissão atua desde o ano passado e vem conseguindo adesões em vários estados em prol dos direitos da criança na nova Constituição.²⁷

- e. *Dia Nacional Criança e Constituinte*: com o objetivo de o tema da criança na nova Constituição virar notícia nacional e impactar na opinião pública foi instituído o Dia Nacional Criança e Constituinte, comemorado em todo o País. Os jornais da época contam:

A Comissão Nacional Criança e Constituinte vai reunir, às 17 horas, no Salão Negro do Congresso Nacional, cerca de 50 crianças para comemorar o Dia Nacional Criança e Constituinte. Ao mesmo tempo, as comissões formadas em vários estados também vão comemorar o dia com debates sobre os direitos da criança e atividades especiais.

- f. *Abaixo-assinado*: a CNCC promoveu uma campanha nacional de assinaturas pedindo aos constituintes que inserissem na Constituição os direitos da criança. Alcançou-se o número de 1.240.000 assinaturas de crianças, jovens e adultos. Não se tratava de Emenda Popular (ver item seguinte), pois a intenção não era fazer uma emenda ao texto da Constituição, mas demonstrar a vontade nacional sobre a criança à Assembleia que estava elaborando a nova Constituição do País. A ANC programou uma sessão solene de entrega desse abaixo-assinado, que foi presidida pelo Vice-Presidente da Assembleia e à qual compareceram mais de oitenta Constituintes. À medida que os gru-

27 Em: http://www2.senado.gov.br/bdsf/bitstream/id/112467/1/1987_01%20a%2007%20de%20Abril_132.pdf

pos de crianças e jovens entravam no auditório empurrando carrinhos de folhas com assinaturas, crescia a emoção, que ia tomando conta das cerca de mil pessoas que lotavam o Auditório Petrônio Portela, no Senado Federal. Tamanho foi o impacto desse evento que um jornal de circulação nacional estampou, no dia seguinte, em sua primeira página a foto com as colunas de papel com assinaturas que alcançavam vários metros de altura e cobriam quase toda a parede do palco. A essa entrega sucederam-se falas do Coordenador da CNCC, de uma criança, de Constituintes e do Vice-Presidente da ANC. Estava ganho o espaço político. Era preciso, ainda, ganhar o adequado espaço no texto constitucional.

O terceiro grupo de ações se refere aos *debates, apresentação e defesa das propostas*. Faz parte desse conjunto a presença constante da CNCC nos espaços da ANC, nas Subcomissões, nas Comissões Temáticas, na Comissão de Sistematização e no Plenário. Havia contatos individuais com deputados e senadores, com relatores das diversas fases de elaboração do texto constitucional, reuniões com grupos de constituintes, debates com especialistas e membros da ANC sobre temas setoriais ou globais. Além dessas formas contínuas de atuação, houve dois momentos formais e solenes que causaram grande impacto e repercussão:

- a. *Duas Emendas Populares*: o Regimento da ANC abriu a possibilidade de a sociedade, por meio de organizações legalmente constituídas, apresentar emendas ao texto preliminar da Constituição. Elas deviam obter no mínimo 30 mil assinaturas de eleitores. A CNCC elaborou uma Emenda, cuja defesa foi feita pelo Coordenador da CNCC, Vital Didonet, no Plenário da Comissão de Sistematização. Essa defesa foi um dos pontos altos do Movimento, pois os argumentos, de forma sintética e contundente, foram apresentados a um plenário repleto e atento. A outra Emenda, promovida pelo Fórum Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (FNDCA), presidido por Adeodato Rivera;
- b. *O Documento Final da CNCC*, com as propostas para a nova Constituição. O documento foi entregue ao Presidente da ANC, representado pelo vice-presidente, no Salão Negro do Congresso Nacional em solenidade que contou com um grande número de crianças, técnicos, dirigentes e representantes das Comissões Estaduais.

Entre os resultados desse trabalho, destacam-se:

- a. A Constituição Federal do Brasil inscreveu em suas páginas os direitos da criança, concentradamente no art. 227 e direitos específicos em outros artigos. Isso, em 5 de outubro de 1988, um ano antes da Convenção sobre os Direitos da Criança, da ONU, que é de novembro de 1989. Num memorável final de tarde, o Relator da Comissão de Sistematização e, em seguida, Relator-Geral da Constituição, Dep. Bernardo Cabral, convidou os coordenadores da CNCC e do FNDCA, que lá estavam mais uma vez, com o livrinho das propostas do Movimento Nacional Criança e Constituinte, insistindo na inclusão dos direitos da criança no texto constitucional, para escreverem, sinteticamente, suas propostas. Numa salinha ao lado de um corredor do Anexo II da Câmara dos Deputados, com apenas uma cadeira e uma máquina de datilografia, os dois redigiram o texto que, na mão do Relator-Geral, tomou a forma do art. 227 e de outros artigos da Constituição Federal.
- b. O art. 227 passou a ser a espinha dorsal do Estatuto da Criança e do Adolescente e fonte de outras leis, de políticas e programas para crianças e adolescentes do Brasil.
- c. Cresceu a percepção da criança na sociedade brasileira, venceu-se a dicotomia entre criança de classe média e alta e criança da classe popular. Aboliu-se (por longo tempo) a expressão “menor” como sinônimo de criança pobre, negra, coitadinha ou pivete, perigo social. Em 1990, o Código de Menores é revogado e, no lugar dele, é sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que

cria a Doutrina da Proteção Integral e considera a criança e o adolescente cidadãos e sujeitos de pleno direito.

- d. O argumento da cidadania e do direito da criança passou a prevalecer no discurso e nas justificativas para a definição das políticas públicas para a infância e a adolescência.

3.2. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

O ECA inaugurou formalmente, na legislação brasileira e nas políticas sociais públicas, a concepção de que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos próprios da idade e que vivem um período peculiar de desenvolvimento, que caracteriza esses direitos, e, em decorrência dessa condição, constitui também um direito deles a prioridade no atendimento de tais direitos.

Ele rejeita a concepção paternalista, autoritária, assistencialista e tutelar, que objetiviza a criança e o adolescente na atenção das políticas e ações de atendimento de suas necessidades. Essa concepção, que moldou o Código de Menores de 1979, ficou conhecida como “doutrina da situação irregular”, porque se voltava às crianças e aos adolescentes envolvidos em problemas sociais, de pobreza, abandono, violência e conflito com a lei.

O ECA adota um novo paradigma para as relações da sociedade, da família e do Estado com a criança e o adolescente: de respeito à sua dignidade fundamental de pessoa humana, de sensibilidade e atenção às características próprias do processo de desenvolvimento e formação, que requer o cuidado e proteção, a educação e a defesa, a promoção e a abertura para sua participação (art. 15). Essa concepção da pessoa em peculiar processo de desenvolvimento definiu como a família, a sociedade e o Estado devem assegurar os direitos da criança e do adolescente, e ficou conhecida como “doutrina da proteção integral”. O Estatuto estabelece condições ou vínculos normativos para garantir efetividade aos seus direitos.

O argumento que constrói o arcabouço lógico da ação política e técnica do Estado para esses cidadãos é a titularidade de direitos. O direito está além da conveniência e da necessidade. Tem explicação em si mesmo, por referir-se a uma condição do ser criança e do desenvolver-se no caminho da plenitude da vida. Por isso, não pode ser condicionado, contingenciado, adiado. Por isso, igualmente, ele é irrenunciável por parte da criança ou do adolescente e inescusável por parte dos responsáveis por eles (família, sociedade e Estado). Por isso, finalmente, a Constituição Federal chega ao conceito de prioridade absoluta e a transforma em dever constitucional.

Vários são os aspectos a considerar no novo paradigma. Uma delas é a sua dimensão jurídica: a proteção se dá por meio do Direito. Não é a necessidade que afeta as crianças, a sensibilidade humana com o sofrimento delas, a importância do que lhe for assegurado para realizarem ganhos futuros em termos pessoais, sociais ou econômicos, não é a solidariedade e a generosidade de adultos que amam a criança, que determinam as ações da sociedade e do Poder Público, mas o direito que têm as crianças. E, sendo direito, leva embutida a exigibilidade. Como a criança mesma não é capaz de exigir seus direitos e fazer com que sejam assegurados, o Sistema de Garantia de Direitos deve fazê-lo.

Outro aspecto a destacar é a consideração da criança e do adolescente vivendo a “condição peculiar de pessoa em desenvolvimento”. Por essa expressão, o ECA põe em destaque as características próprias da idade em relação à formação da pessoa, que requer um cuidado integral para crescer e desenvolver-se. Crianças e adolescentes, em geral, não têm acesso ao conhecimento pleno de seus direitos; não atingiram condições de defender seus direitos frente às omissões e transgressões capazes de violá-los; não contam com meios próprios para arcar com a satisfação de suas necessidades básicas; não podem responder pelo cumprimento das leis e

deveres e obrigações inerentes à cidadania da mesma forma que o adulto; não têm capacidade de autodeterminação; e têm restrições ao exercício consciente e responsável da liberdade. Não se trata de “imaturidade”, mas de processo de crescimento e desenvolvimento, dinâmica da formação humana na direção da plenitude da liberdade e responsabilidade.

Um terceiro aspecto, novo e surpreendente, do paradigma da proteção integral de pessoas em peculiar processo de desenvolvimento, é a prioridade absoluta na garantia de todos e cada um dos seus direitos. Uma vez que essa expressão, inscrita no art. 227 da Constituição Federal, é original, o legislador sentiu necessidade de explicitar sua aplicação na vida dos cidadãos, nas políticas públicas e na ação do Estado. O parágrafo único do art. 4º, diz que prioridade absoluta implica primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; precedência do atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

O PL nº 6.998/2013 traz mais um item, específico para as políticas para a primeira infância: a prioridade absoluta implica o dever do Estado em estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância segundo as características da faixa etária e que visem a garantir seu desenvolvimento integral (art. 3º).

É de se destacar, igualmente, a abordagem da criança e do adolescente na integralidade da pessoa. Os direitos elencados nos arts. 3º e 4º do ECA, em consonância com o art. 227 da CF, abrangem os vários aspectos da personalidade. Falta o direito à participação, muito caro à Convenção dos Direitos da Criança. As referências à escuta do adolescente são raras e determinadas para casos específicos. O PL nº 6.998/2013 vem suprir essa lacuna. Essa abordagem holística é repetida no art. 15, ao dizer que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

4. NOVO AVANÇO NO MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA – PROJETO DE LEI Nº 6.998/2013

O objetivo do PL nº 6.998/2013²⁸ é ampliar, diversificar e especificar ações que tornem mais efetivo o atendimento dos direitos da criança brasileira na faixa etária de até seis anos e estabelecer princípios e diretrizes para as políticas públicas voltadas à primeira infância. Com os princípios e diretrizes que estabelece, o Projeto erige uma nova baliza no quadro da legislação sobre a primeira infância brasileira.

Uma rápida informação sobre o processo legislativo desse Projeto de Lei revela a importância que ele tem para o governo e para as organizações sociais que atuam na área da criança. O seu objetivo e conteúdo ganharam o interesse do Poder Legislativo, do Poder Executivo, de redes e organizações da sociedade civil e também de profissionais e especialistas das diferentes áreas – jurídica, técnica, acadêmica e gestores públicos. Durante o ano de 2014, houve audiências públicas, seminários regionais promovidos pela Comissão Especial que analisava o Projeto e seminários, reuniões, oficinas, debates organizados pela Rede Nacional e por Redes Estaduais da Primeira Infância e outras organizações, fundações, institutos e associações. O objetivo desses eventos foi debater o Projeto e apresentar sugestões. As contribuições enviadas pela internet também trouxeram importante aporte. O Governo criou um Grupo de Trabalho para produzir um documento técnico de sugestões. O GT governamental foi formado por representantes da Secretaria de Direitos Humanos, que o coordenou, dos Ministérios

28 No momento em que este artigo está sendo escrito, o PL nº 6.998/2013 encontra-se em tramitação no Senado Federal, depois de ter sido aprovado pela Câmara dos Deputados (dezembro de 2014), com grande probabilidade de ser aprovado sem alterações e sancionado ainda no ano de 2015.

da Educação, da Saúde e do Desenvolvimento Social, e contou com a participação pontual, conforme o tema, dos Ministérios do Trabalho, da Justiça e da Fazenda, das Secretarias de Relações Institucionais e da Casa Civil.²⁹

Esse intenso e extenso processo participativo resultou da confluência de três vetores: o desejo dos autores do PL, Dep. Osmar Terra e outros treze deputados, manifestado em diversos pronunciamentos, de que houvesse ampla participação para aperfeiçoar a Proposição; o espírito democrático, dialogante e receptivo do Relator, Dep. João Ananias, que estimulava e participava dos seminários e debates e recebia de bom grado as contribuições; e a cuidadosa análise e as sugestões de organizações especializadas e de profissionais das diversas áreas do desenvolvimento infantil.

Como dito acima, o PL nº 6.998/2013 estabelece uma série de princípios e diretrizes para a formulação das políticas públicas que visam atender os direitos da criança na primeira infância. O seu art. 3º relaciona essa formulação à prioridade absoluta referida no art. 227 da Constituição e no art. 4º do ECA, pontuando:

(...) o dever do Estado em estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades desta faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.

Os princípios para as políticas fixados no art. 4º partem de direitos constantes da CF, do ECA ou da Convenção dos Direitos da Criança:

- atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e cidadã;
- incluir a participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;
- respeitar a individualidade e ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade das infâncias brasileiras, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;
- reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão sem discriminação das crianças;
- articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;
- adotar uma abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;
- articular as ações setoriais com vistas o atendimento integral e integrado;
- descentralizar as ações entre os entes da Federação;
- promover a formação de uma cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.

O Projeto explicita espaços e áreas prioritárias em que as políticas públicas devem promover os direitos da criança, sendo que alguns deles aparecem pela primeira vez na legislação: saúde, alimentação e nutrição,

29 Para um conhecimento mais completo da participação social, acessar: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD0020141217001950000.PDF#page=735>, principalmente a partir da p. 739.

educação infantil, convivência familiar e comunitária, assistência social à família da criança, cultura, brincar e lazer, espaço e meio ambiente. E insere no âmbito dessas políticas a adoção de medidas de prevenção de acidentes e de proteção da criança frente a toda forma de violência, à pressão consumista, à exposição precoce à televisão.

É digno de registro que o Projeto estende a ação do Estado para além das instituições públicas de atendimento à criança: *a)* aos espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais onde haja circulação de crianças; *b)* aos ambientes livres e seguros em suas comunidades para as crianças deles usufruírem; e *c)* à família, por meio de programas de visitas domiciliares e outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância. Outra novidade, no âmbito da legislação, mas muito importante para assegurar a qualidade dos programas voltados às famílias, é a exigência de que eles contem com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.

Em 17 artigos, esse Projeto de Lei se concentra nas políticas públicas como condições para garantir os direitos da criança na primeira infância. Nos 25 seguintes se ocupa em precisar e acrescentar disposições que qualificam a proteção e o cuidado à criança, desde a gestação, no parto, pós-parto, toda a primeira infância, sendo que algumas medidas beneficiarão toda a faixa etária da criança e do adolescente.

Quando aprovado, a nova lei dele resultante poderá ser chamada de Marco Legal da Primeira Infância, porque ela particulariza e aprofunda o foco da ação do Estado na garantia dos direitos da criança nesta primeira e mais decisiva etapa da vida.

5. O CAMINHO CONTINUA ABERTO, DESAFIANDO NOVOS AVANÇOS

Os direitos da criança são uma conquista histórica coletiva e universal. Atores nominais, situados no tempo e no espaço, podem ser não mais que ícones dessa causa que os transcende. A causa da criança é, em última análise, a da própria humanidade frente a si mesma. Vendo a criança, a humanidade vê a si própria. Ao reconhecê-la como pessoa que tem direito de ser plena enquanto criança e que, ao mesmo tempo, vivencia um processo de desenvolvimento, a sociedade insere a fase infantil na integralidade da vida humana e, portanto, plenifica a própria existência. A infância é fonte ininterrupta de renovação e de criação, de resgate e reconstrução, de esperança e vitalidade na marcha para o “mais” da humanidade.

O significado da infância para as crianças mesmas e também para a vida adulta é uma descoberta de cada época, lugar e cultura, mesmo que infância e criança carreguem traços universais. O nosso tempo tem a obrigação de compreender o que as múltiplas infâncias e a diversidade entre as crianças significam. Por isso, o interesse na criança e no adolescente não está apenas em ir ao encontro deles, senão também no resgate do humano que está neles e está em nós adultos.

Os direitos da criança estão formalmente reconhecidos, legalmente estabelecidos. Em que pese as mudanças que já operaram no olhar e nas ações, ainda existe uma distância bem grande entre as afirmações e a prática na vida cotidiana. É a distância que separa a facilidade de aceitar definições das exigências concretas de respeitar a dignidade, promover a igualdade, servir desinteressadamente às crianças reais. Que existe entre a criança universal, abstrata, conceitual e aquelas que têm rosto e nome, que moram na periferia da nossa cidade, que precisam de uma creche ou pré-escola de qualidade, batem na porta do posto de saúde, clamam por atenção, querem espaço e tempo para brincar.

Dentre todas as tarefas, porém, a mais difícil de realizar é aplicar na vida pessoal, no meio social e na gestão pública a ordem dada pela Constituição Federal de que os direitos da criança e do adolescente sejam garantidos com prioridade absoluta. O constituinte foi visionário. Pensou num futuro distante, mas quis começar a construí-lo em 1988, porque, segundo a sociedade se expressou na Assembleia Nacional Constituinte, a criança e o adolescente são cidadãos que dependem de seus direitos serem garantidos para viverem a infância e a adolescência e se tornarem o adulto que desejam.

Desafio permanente, obrigação incontornável, tarefa cotidiana, revestida de dignidade.

AS CRIANÇAS SÃO O BRASIL DE HOJE: ELAS NÃO PODEM ESPERAR

Claudius Ceccon

*Arquiteto e Comunicador Visual
Diretor do Centro de Criação de Imagem Popular³⁰
Coordenador da Secretaria Executiva da Rede Nacional Primeira Infância³¹*

Pesquisas científicas revelam que nos primeiros anos de vida acontece um extraordinário processo de desenvolvimento cerebral na criança. Ele influencia de maneira decisiva – alguns chegam a dizer que determina – o que acontecerá pelo restante de sua vida. É uma questão em aberto. Novos estudos continuam sendo feitos, procurando evidências que comprovem a irreversibilidade dos males causados pelas carências que decorrem, em última análise, da insuficiência de políticas públicas de qualidade dirigidas às crianças e suas famílias. Mas o que já sabemos é que a situação é dramática: as crianças pequenas não podem esperar. É urgente tomar medidas de proteção da Primeira Infância, período que vai do nascimento até os seis anos de idade.

1. REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA

Em 2007, por iniciativa de pouco mais de uma dezena de instituições, nascia a Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), com o objetivo de defender os direitos das crianças pequenas, em especial aquelas em situação de vulnerabilidade social. A experiência acumulada por aquelas instituições aconselhava que a essas crianças fosse dada toda prioridade, para que, assim, ganhassem visibilidade nas políticas públicas.

1.1. Uma Rede plural, com uma só missão: garantir os direitos das crianças

A Rede vem crescendo desde então e hoje conta com mais de 170 membros. São instituições muito diversas, seja pelas especialidades a que se dedicam, seja pelos âmbitos de poder a que pertencem. Presentes em praticamente todo o território nacional, elas são organizações da sociedade civil, fundações, agências multilaterais, órgãos governamentais, outras redes e instituições formadas por pesquisadores acadêmicos. Seu denominador comum é a missão de defender essas crianças e lhes dar voz.

O crescimento da Rede sinaliza o poder agregador que a Primeira Infância exerce no momento atual. A autoridade da Rede Nacional Primeira Infância para pautar importantes questões em nosso país decorre do que ela vem realizando pela garantia dos direitos das crianças pequenas. Sua capacidade de articulação,

30 www.cecip.or.br

31 www.primeirainfancia.org.br

mobilização e formulação propositiva lhe angariou crescente reconhecimento social e político no país, a exemplo do Prêmio Nacional de Direitos Humanos, recebido em fins de 2014.

Como verdadeira rede, a RNPI trabalha de forma horizontal. Ela se estruturou em uma Secretaria Executiva, exercida a cada três anos por um de seus membros, eleito em assembleia geral, (atualmente, o CECIP) e um grupo gestor, formado por membros igualmente eleitos. A Rede também atua através dos grupos de trabalho, formados por membros de instituições especializadas em seus respectivos temas e que gozam de prestígio nacional. As ações estratégicas da Rede são orientadas pelo Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), construído de forma participativa pelos seus membros.

1.2. Plano Nacional pela Primeira Infância

O Plano Nacional Primeira Infância (PNPI), aprovado pelo Conanda, em 2010, propõe ações interseoriais em benefício das crianças. Nossa meta é que até 2022, data do bicentenário de nossa independência, a totalidade dos municípios brasileiros tenha o seu Plano Municipal pela Primeira Infância em ação. Toda ajuda, para que isso se torne realidade, é muito bem-vinda.

1.3. Entre o que a Constituição promete e o que a realidade entrega

Há, certamente, desafios consideráveis. Mesmo com avanços significativos no reconhecimento dos direitos da infância, cuja prioridade é expressa na Constituição, ainda há lacunas graves no que se refere à educação, aos serviços de saúde de qualidade e ao planejamento urbano adequado às necessidades básicas das crianças. A população urbana brasileira ultrapassa a marca dos 85%. Isto faz com que as cidades, suas periferias e áreas metropolitanas, necessitem urgentemente de profundas mudanças. Habitação, emprego, educação, saúde, mobilidade formam um todo que não pode ser fatiado. Trata-se de realizar, ao mesmo tempo, mudanças nos aspectos cultural, social, político e econômico. É preciso agir a partir de novos paradigmas, que assegurem o bem comum, a equidade, a igualdade de oportunidades, a justiça e a ética.

Segundo uma pesquisa conduzida pelo Centro Internacional de Estudos e Pesquisas sobre a Infância (CIESPI³²), organização que faz parte da RNPI, perto de três milhões de crianças com até seis anos de idade (2.866.191) viviam abaixo do nível de pobreza no Brasil de 2010. Cabe a pergunta: como é possível que num país como o Brasil, tão rico em recursos naturais, uma das dez maiores economias mundiais, com pretensões de liderança entre as nações emergentes, aconteça tal escândalo? Temos a duvidosa desculpa de que parte desse quadro acontece longe de nossos olhos, em rincões esquecidos desse imenso Brasil. Mas, e a desigualdade que está bem à vista nas grandes cidades, que vem se reproduzindo por décadas e décadas, sem que nada aconteça? A nossa sensibilidade parece anestesiada pela exposição permanente da miséria, que é assim naturalizada. Agravando este quadro, a procrastinação no encaminhamento de soluções se tornou uma rotina que vem caracterizando governos sucessivos.

Em nossas cidades atuais e nas expansões que lhes são projetadas, os dados negativos se sobrepõem: falta de espaços adequados para o lazer de crianças, jovens e adultos; falta de saneamento básico, tanto em favelas como em setores ditos “nobres” (na Barra da Tijuca, no Rio, condomínios de luxo despejam seus esgotos nas lagoas e no mar); a coleta de lixo é irregular ou inexistente em parte das cidades; a ausência de fornecimento de água tratada é responsável por graves enfermidades de moradores de áreas marginalizadas;

32 <http://www.ciespi.org.br/>

há carência absoluta de equipamentos públicos de qualidade; a mobilidade urbana é comprometida pela não priorização do transporte público... – e a lista pode alongar-se. Este círculo infernal impacta a todos, mas é especialmente negativo para o desenvolvimento integral da criança. São realidades que impedem o pleno acesso a seus direitos. Uma violência estrutural, que condena as crianças à marginalidade, impedindo-as de mudar o próprio destino. Que as desumaniza.

1.4. Plano Estratégico da RNPI

Da articulação surgem respostas e, diante desse cenário, a Rede Nacional Primeira Infância busca ouvir e juntar-se com todas as forças empenhadas em mudanças que favorecem as crianças pequenas. Essas mudanças estão expressas num Plano Estratégico da RNPI, cuja implementação é tarefa de seus membros, de seus grupos de trabalho e de sua Secretaria Executiva, que acompanham permanentemente o que acontece na realidade brasileira.

1.4.1. Foco nas crianças em maior risco

O presente mandato da Secretaria Executiva da RNPI inclui conhecer a realidade vivida pelas crianças de populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas. Para alcançar esse objetivo, estão em curso articulações com universidades localizadas nessas regiões, a fim de estimular pesquisadores que trabalham esses temas a priorizarem a produção de conhecimento.

1.4.2. Pai parceiro e cuidador

Uma das questões em que começa a haver mudanças significativas é a da paternidade. Como parte de nosso mandato, buscamos engajar os homens nos assuntos que dizem respeito às crianças pequenas. Inauguramos, em maio de 2015, um novo grupo de trabalho, o GT Homens pela Primeira Infância. Organizamos, em agosto, um concorrido seminário sobre o assunto. Experiências inovadoras foram relatadas, confirmando estudos sobre a participação de homens na vida de seus filhos e filhas. Há significativa redução da violência doméstica e intrafamiliar, além de uma distribuição mais equitativa das tarefas domésticas. Isto permite maior autonomia das mulheres, não só as mulheres mães que têm uma vida profissional, mas também as classificadas como “do lar”. Essas razões reforçam a defesa que a Rede faz, de ampliação da licença-paternidade – hoje de apenas cinco dias corridos após o nascimento do bebê – no Projeto de Lei sobre o Marco Legal da Primeira Infância, que atualmente tramita no Congresso.

1.4.3. Boa nutrição e brincar combatem obesidade

Outra questão incluída em nosso plano estratégico é a obesidade infantil, verdadeiro flagelo nacional. A publicidade dirigida às crianças, incentivando-as a consumir alimentos comprovadamente danosos à saúde, é um dos elementos determinantes do problema. Esse assunto envolve uma delicada discussão pública com a finalidade de orientar não apenas as famílias, mas, principalmente, as agências de publicidade e os meios de comunicação, cuja participação e responsabilidade no problema é muito grande.

Igualmente ligado à obesidade infantil, há o fenômeno crescente de crianças que não se exercitam, não brincam em espaços públicos e coletivos. Isso se deve, em parte, à ideia de que a cidade não é lugar seguro para crianças pequenas, cada vez mais restritas ao ambiente doméstico, onde ficam passivamente expostas à

televisão e à internet. Sem experimentar brincadeiras e jogos, insubstituíveis formadores de conhecimento próprio e aprendizado das regras de convívio social, essas crianças, independentemente de seu estrato social, crescem empobrecidas pela falta de experiências humanas essenciais. Nesse sentido, é importante integrar a cultura em todas as atividades realizadas com crianças, uma das recomendações do Encontro Cultura e Primeira Infância, realizado em Brasília, em princípio de setembro de 2015.

1.4.4. Planejamento urbano com participação infantil

Isto remete à necessidade de promover uma ampla discussão sobre o que deve ser feito para transformar nossas cidades em ambientes amigáveis para as crianças. Demonstrar, com exemplos de ações internacionalmente bem-sucedidas, o que acontece quando o planejamento urbano leva em conta as necessidades das crianças. Mostrar experiências em que elas foram participantes ativas em todo o ciclo de planejamento, do diagnóstico à elaboração de propostas e ao acompanhamento de sua implementação. Sabemos que “participação” é uma palavra tabu, que causa verdadeira ojeriza aos tecnocratas que a consideram supérflua. Falar em participação de crianças, então, parece o cúmulo da mais desvairada utopia. Mas diversas experiências exitosas, realizadas aqui mesmo, têm dado voz às crianças e têm comprovado que elas são perfeitamente capazes de perceber, criticar e propor soluções inovadoras para o ambiente em que vivem. Considerar o que dizem e propõem as crianças é parte indispensável a um planejamento que se queira verdadeiramente democrático. O diálogo entre o saber técnico do adulto e as propostas das crianças estabelece um processo virtuoso de criação de novos conhecimentos. Não é preciso esperar que a criança se torne adulta para que ela, só então, possa começar a participar. Para uma criança, ser ouvida, participar da elaboração de políticas públicas é um direito, um importantíssimo aprendizado de cidadania. É uma experiência que ela levará para a vida adulta e que reproduzirá, como membro ativo de uma comunidade que deseja o bem comum. O resultado desse processo é uma cidade amigável para as crianças, que é, afinal, uma cidade melhor para todas as idades.

1.4.5. Receitas e despesas com a primeira infância na ponta do lápis

Outra frente que exige nossa atenção especial é o Orçamento da Primeira Infância. É necessário identificar, no orçamento da União, e posteriormente nos de Estados e Municípios, o valor preciso dos recursos que se destinam especificamente às crianças de até seis anos de idade. Isso permitirá que este valor seja controlado pelo Sistema de Avaliação Financeira (SIAF) e que, munidos de dados oficiais, seja possível argumentar por mais recursos e maior atenção à Primeira Infância na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e nos orçamentos anuais.

1.5. A sociedade civil organizada, descobrindo seu poder de agir e transformar

Considerando que as crianças não podem esperar, qual é o papel da sociedade civil organizada? Pensamos que é o de ampliar os espaços de participação qualificada dos cidadãos, fazendo todo o possível para que as informações circulem e cheguem ao maior número de pessoas. É preciso evitar o sequestro da atividade política, porque, com certeza, tratar da coisa pública não é monopólio de governos ou de partidos. Uma nova consciência está sendo gestada no bojo da crise essencialmente política e ética que estamos vivendo. As organizações da sociedade civil são chamadas a desempenhar, aqui e agora, o papel de *ombudsman*, isto é, de defensoras dos direitos humanos, batalhadoras

por um país mais justo, mais equânime, mais solidário. As organizações da sociedade civil, com sua visão crítica, com seu trabalho de qualidade e sua capacidade de criar novas metodologias, se constituíram novos atores, conquistaram um espaço próprio. Esse seu espaço não é o do governo, não é o dos partidos, nem o dos sindicatos, nem o da academia. As organizações da sociedade civil interagem com todos esses atores, num processo de mútuo enriquecimento. São mais livres em sua missão de inovar, experimentar e apontar soluções. Com autonomia e criatividade, suas experiências demonstram que mudanças são possíveis e, bem avaliadas, revelam generosamente o “como fazer”. Elas comprovam, dessa forma, o potencial que esses projetos possuem, que é ganhar escala e tornar-se políticas públicas para benefício de muitos.

1.6. O papel dos meios de comunicação

A mídia – rádio, jornal, televisão, internet – tem imensa responsabilidade na maneira como a população percebe o que está acontecendo em nosso país. Se no mundo da política há necessidade de homens de visão, de verdadeiros estadistas, nos meios de comunicação a demanda por uma informação equilibrada, com qualidade, é ainda maior. Para que o processo de aperfeiçoamento democrático seja virtuoso, precisamos de uma informação equânime e plural, que promova amplo e democrático debate de ideias. É imprescindível ouvir, através das várias mídias, o que dizem, por exemplo, os especialistas que se debruçam sobre a questão da violência urbana e indicam possíveis soluções. Da mesma forma, é preciso dar a conhecer o que pensam sobre a maioria penal os profissionais e pesquisadores dedicados a esse tema. É indispensável dar destaque às vozes mais autorizadas da sociedade civil organizada sobre reforma política, cuja discussão, atualmente, parece limitar-se ao espaço restrito do Congresso. Dando voz aos especialistas nas instituições da sociedade civil, a mídia contribui para que a população seja bem informada e possa exercer legítima pressão por mudanças benéficas ao país. Como consequência, a classe política terá de levar em conta essas opiniões.

O que se espera da mídia responsável não é a reprodução preguiçosa de preconceitos que, por falta de esclarecimento e discussão, acabam se transformando em leis. Nem é mais admissível que índices de pesquisas de opinião sejam tratados como se fossem dogmas incontestáveis. É preciso haver exposição de vários pontos de vista, debate de ideias, contraditório, informação consequente, elementos fundamentais para a formação de um juízo próprio. Espera-se dos meios de comunicação que utilizem plena e responsabilmente a liberdade garantida pela Constituição. Cabe à mídia um papel estratégico na revolução cultural e ética de que nosso país necessita.

1.6.1. Comunicar bem, para educar mais e melhor

A questão educacional começa a ganhar espaço na mídia, tanto nos grandes órgãos de imprensa quanto em sites e jornais no interior do país. Entretanto, a Primeira Infância ainda recebe, na maioria das vezes, um tratamento superficial, semelhante ao de suplementos femininos dos velhos tempos, que pareciam dirigir-se a um público descerebrado. Consideramos a mídia uma aliada na defesa das causas da Primeira Infância. Por isso procuramos compartilhar seja informações que nos chegam em primeira mão, com origem em fontes responsáveis, seja informações geradas pela própria Rede A equipe da Secretaria Executiva conta com profissionais experientes, o que permite um diálogo cordial com colegas nas redações. Como Rede, nossa política é, sempre que solicitados, fornecer informações e indicar fontes e especialistas que conhecem a fundo o tema

em pauta e podem esclarecer possíveis dúvidas. Faz parte dessa mesma política não esperar passivamente pela cobertura da grande mídia. Sugerimos aos meios de comunicação, em primeira mão, o que produzimos, após checar fontes, ouvir especialistas e pesquisar e, após, disponibilizamos nossos conteúdos na internet, para ampla divulgação pelas redes sociais. Deste modo, reforçamos laços de confiança e ampliamos espaços de diálogo.

1.7. Defender a Primeira Infância é viabilizar o Brasil

A Rede Nacional Primeira Infância é o que seu nome diz: uma rede, em que o relacionamento entre seus membros não pode ser outro que não horizontal. O trabalho em comum encontra no diálogo respeitoso entre iguais, mas diversos, a fonte de seu enriquecimento e a solução de eventuais divergências. Elas nunca são tão grandes que prejudiquem o objetivo comum: sensibilizar a sociedade brasileira para a importância e urgência de dar à Primeira Infância a prioridade que lhe é garantida na Constituição.

Pois a luta pelos direitos da Primeira Infância está acima de circunstâncias e de partidos. Como integrantes da sociedade civil organizada, as instituições que compõem a Rede têm consciência dessa responsabilidade. A criança não é “o Brasil de amanhã” – ela é o Brasil de hoje. Nossa responsabilidade para com seu bem-estar nos obriga a ter um olhar abrangente. Não podemos deixar de ver que, passados 25 anos da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, ainda estamos longe da efetiva implementação de medidas de proteção às crianças contra violências de todo tipo, quanto mais de medidas positivas de promoção de seu desenvolvimento. Há quem pense que questões como a redução da maioridade penal não nos concernem, porque isso está além dos seis anos de idade. Mas a medida, votada sem levar em conta as advertências sobre suas consequências nefastas, não poderia deixar de ser, também, assunto nosso. Assim como é o aperfeiçoamento democrático que veta o financiamento de campanhas por empresas, pois já constatamos que, mais tarde, elas podem cobrar de seus devedores a aprovação de leis lesivas ao país. Também não podemos deixar de nos manifestar ao vermos, por arranjos políticos de efêmera duração, nomeações de personagens sem qualificações para cargos dessa magnitude, personagens cujo percurso é marcado por iniciativas na contramão de árduas conquistas, como a de uma educação e uma saúde públicas, gratuitas e de qualidade. Essas são questões que extrapolam crises, governos e partidos. Elas têm a ver com o país que queremos e é por esse critério que as consideramos.

No Brasil que queremos, o país que estamos construindo juntos, as crianças são bem cuidadas. São crianças felizes, que desde cedo têm vivências como cidadãs conscientes de seus direitos e deveres. Crescerão exercitando valores positivos, em benefício de suas comunidades, cidadãs de um novo Brasil. Por isso, ao defender a Primeira Infância, aqui e agora, todos, sem exceção, ganhamos, no curto, médio e longo prazos.

MARCO LEGAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA: UMA GRANDE OPORTUNIDADE

Eduardo de C. Queiroz

Diretor Presidente da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal^{FB}

Para que algo tão importante e complexo como o Marco Legal pela Primeira Infância (da gestação aos seis anos de idade) se concretize, são necessários a determinação, a articulação e o esforço de muitas pessoas. O resultado final não é o quadro de um só pintor, senão uma obra coletiva na qual muitos artistas contribuíram, cada qual com o melhor de suas pinceladas.

Nós, da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, queremos contar um pouco da nossa parte nessa história e nos colocarmos à disposição para continuar aprimorando esse trabalho que ainda tem espaço para evoluir.

Somos uma fundação familiar que atua na promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância. Buscamos melhorar as condições de desenvolvimento das crianças brasileiras por meio da geração e disseminação do conhecimento. Fazemos pesquisas, avaliamos, desenvolvemos e disseminamos programas sociais, publicamos livros, mantemos sites informativos e educativos, organizamos simpósios e promovemos cursos, entre tantas outras coisas.

Por estarmos sempre procurando desenvolver como também trazer para o Brasil o conhecimento mais atualizado possível, acabamos por estabelecer parcerias com grandes centros de conhecimento e formar um grupo com atividades específicas, o Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI).

O NCPI reúne seis organizações: o *Center on the Developing Child*, da Universidade de Harvard, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Insper, o *David Rockefeller Center for Latin American Studies*, também ligado a Harvard, e a Fundação José Luiz Egydio Setubal e tem como objetivo principal a tradução do conhecimento científico para uma linguagem mais acessível à sociedade para que ele seja incorporado às políticas públicas para a Primeira Infância.

Foi no âmbito desse Núcleo que surgiu a ideia ambiciosa de criar um programa que reunisse lideranças brasileiras na Universidade de Harvard e no Brasil para assistir aulas de grandes especialistas e para desenvolver projetos pela Primeira Infância. Assim surgiu o Curso de Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância, que desde 2012 já contou com a participação de 200 líderes, entre eles 30 parlamentares de diversos partidos. Além de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, outros conteúdos como liderança adaptativa, políticas públicas e escalabilidade de programas sociais foram tratados.

Durante o curso, os participantes são reunidos em grupos de trabalho e elaboram Planos de Ação nos quais aplicam os conhecimentos do curso em suas respectivas áreas de atuação.

33 <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/Paginas/default.aspx>

Na primeira edição do Curso, em março 2012, um grupo de parlamentares decidiu estabelecer como Plano de Ação a articulação e o trabalho necessários para a implementação do Marco Legal pela Primeira Infância. Para nós foi extremamente gratificante testemunhar o nascimento dessa ideia e ter a oportunidade de acompanhar o seu amadurecimento, que contou, também, com a parceria e visão de país que aflorou da união das turmas de parlamentares de 2013, 2014 e 2015.

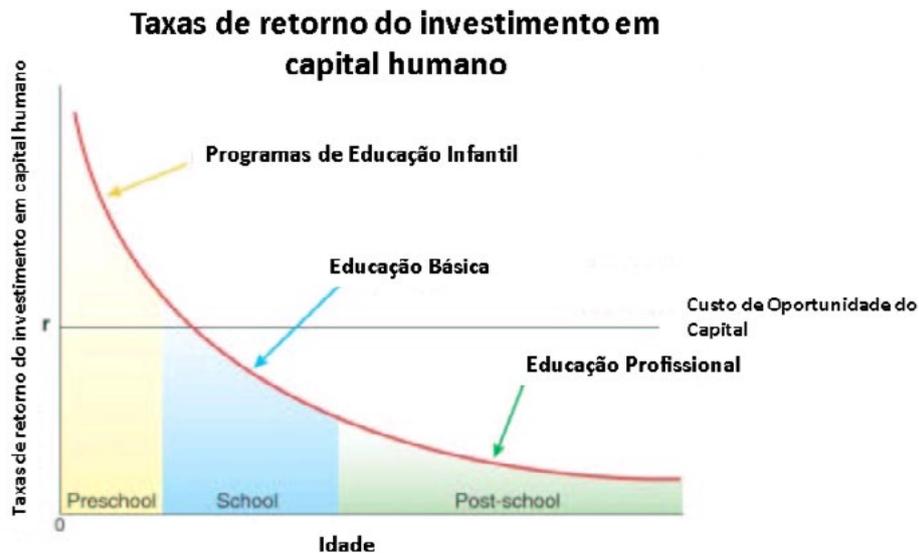
Em outras palavras, estamos orgulhosos por nos sentirmos, de certo modo, parte dessa história de convicção, luta, e por que não, idealismo de nossos parlamentares. A existência de um Marco Legal pela Primeira Infância coloca o Brasil alinhado com as nações que estão na vanguarda da atenção e do cuidado com suas crianças. Desde as últimas décadas do século passado, a ciência não para de produzir mais e mais evidências sobre a importância que os primeiros anos de vida têm sobre todo o desenvolvimento do ser humano – desde os mais visíveis, como o crescimento físico, a aquisição de habilidades motoras e a aprendizagem da fala até a criação das bases que servirão de fundamento para as habilidades cognitivas, sociais, psicológicas e culturais. Esses estudos vieram corroborar o que outras disciplinas, como a Educação e a Psicologia, já preconizavam desde o século XIX sobre a relevância da Primeira Infância.

Estabelecer diretrizes e critérios claros que possam nortear todos aqueles que trabalham pela Primeira Infância é um dever do Estado, sobretudo tendo consciência de que os deslizes, as negligências e más intenções têm impacto dobrado ao atingir as crianças pequenas, porque elas carregarão por toda vida as marcas dessas vivências. E mesmo conhecendo a admirável capacidade do ser humano de superar as dificuldades e limitações que lhes são impostas, sabemos que corrigir as carências da infância durante a maturidade é um processo trabalhoso, desafiador, oneroso e nem sempre bem sucedido.

O desenvolvimento das crianças (e de todos, em geral) se dá através da interação entre sua carga genética e o meio no qual elas vivem. Todos nascemos com uma herança genética que determina como seremos. Mas esse ‘projeto inicial’ pode ser concretizado de diferentes maneiras, dependendo das condições do meio que habitamos. Uma criança pode nascer com um ouvido muito bom e sensível, mas se ela não tiver oportunidade de escutar diferentes sons e diversas harmonias, se jamais tiver acesso a algum instrumento musical e se os pais e cuidadores não valorizarem esse talento, muito provavelmente ela crescerá sem desenvolver a sensibilidade auditiva. O mesmo pode acontecer com um efeito benéfico, uma criança que nasça com tendência à timidez, pode não desenvolver tanto essa característica, se estiver inserida em um meio que estimule sua inserção social e desperte sua autoestima. A ciência que estuda essa interação entre a genética e o meio chama-se Epigenética e ela tem mostrado o quanto é determinante que as crianças pequenas recebam cuidados e estímulos adequados para que possam atingir o melhor de seu potencial.

Além dos argumentos sociais e humanos, existem fortes argumentos econômicos para que um país invista no cuidado à Primeira Infância. O economista James Heckman, vencedor do Prêmio Nobel de Economia de 2000, comprovou que os investimentos realizados durante os primeiros anos de vida de uma pessoa são aqueles que trazem maiores retornos para a sociedade.

Figura 1 – Taxas de retorno do investimento em Capital Humano



Fonte: Heckman, J. Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*. 30 June 2006: 312 (5782), 1900-1902. [DOI: 10.1126/science.1128898] (modificado).

Portanto, o Marco Legal também tem relevância sob o ponto de vista de estimular e orientar uma melhor aplicação dos recursos públicos e privados em benefício do bem estar da sociedade como um todo.

O quadro acima também nos revela que é na primeira infância que existe a maior equidade. Ou seja, as crianças nascem com o mesmo potencial e se o investimento for feito neste início, menores serão as desigualdades futuras.

No Brasil, a consciência da importância da infância para o desenvolvimento do país vem ganhando amplitude e maturidade há bastante tempo. Na década de 1980, ao passar a responsabilidade pelas creches do âmbito da Assistência Social para o da Educação, ficou clara a percepção de que as crianças, mesmo aquelas que sequer haviam chegado aos quatro anos de idade precisam mais do que cuidados, precisam de profissionais capazes de lhes dar os estímulos necessários para que se desenvolvam de forma saudável, equilibrada e condizente com a idade. Em 1990, o país dá um passo gigantesco na garantia dos direitos da infância com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente, mais conhecido como ECA. Apesar da importância e da abrangência do ECA, passadas mais de duas décadas, percebe-se que a Primeira Infância tem características muito específicas, que exigem uma legislação própria e detalhada.

Além disso, atualmente existe clareza para que novos temas, que não foram abordados no texto do ECA, sejam tratados de forma objetiva e clara, entre eles, amamentação, aumento da licença paternidade, direito da criança ao brincar, direito à estimulação. Nesse sentido, o Marco Legal Pela Primeira Infância vem propiciar os subsídios adicionais para o estabelecimento de um arcabouço legislativo de garantia dos direitos das gestantes e crianças muito pequenas, além de garantir que sejam destinados recursos financeiros necessários à efetivação do acesso a estes direitos.

Por isso, não podemos desperdiçar um momento tão propício quando contamos com uma Frente Parlamentar como a da Primeira Infância, tão mobilizada em torno das necessidades e direitos da Primeira Infância, para buscar a melhor qualidade possível para essa legislação. Não basta estabelecer o que precisa ser feito, é necessário indicar os responsáveis por cada uma das ações, assim como as fontes de financiamento

que permitirão a concretização das obrigações elencadas. Somente contendo todos esses elementos de forma explícita o Marco Legal será uma lei de aplicabilidade imediata. Caso contrário, correrá o risco de virar letra morta diante das indefinições e impossibilidades. Nosso apelo e apoio são para que o Congresso Nacional, os demais Poderes e a Sociedade agarrem essa oportunidade com unhas e dentes, e possa contribuir efetivamente para a construção de um futuro mais promissor para as crianças brasileiras.

OS DESAFIOS DO MARCO LEGAL PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

J. Leonardo Yánez

*Psicólogo, Mestre em Educação Fundamental
Coordenador de Programas Sociais*

Secretário Sênior de Programas para a América Latina da Fundação Bernard van Leer³⁴

A chegada de um bebê em uma família traz muitas mudanças, não só para a família, mas também para a comunidade que o recebe. Em casa, os espaços são reorganizados, a economia doméstica é reestruturada, assim como também os horários e rotinas de alimentação, higiene e descanso. Também aparecem novas formas de interação familiar com o mais novo membro da família, por demandar tratamento diferenciado, como por exemplo as canções infantis, as demonstrações de afeto e as celebrações a cada passo e palavra da criança.

Ao mesmo tempo, essas mudanças levam a alterações no relacionamento familiar com pessoas de fora. Vizinhos, profissionais de saúde, fornecedores de alimentos, colegas, outras pessoas, passam a demonstrar afeto e solidariedade. Novas amizades são feitas quando se frequenta os serviços de saúde e educação, e espaços sociais de recreação e lazer.

Para poder compreender o ambiente físico e humano que o rodeia, o cérebro de uma criança faz uma grande façanha. Seu cérebro começa a se conectar e realiza cerca de 700 sinapses neurais por segundo; um ritmo que não será ultrapassado em qualquer outro momento em sua vida.

Infelizmente, nem todas as crianças nascem em um ambiente tão propício, que lhe permita desenvolver todo esse potencial. Mais de 200 milhões de crianças no mundo não têm essa sorte (GRANTHAM-McGREGOR *et al.*, 2007³⁵). Muitos pais não possuem o conhecimento e os recursos necessários para oferecer as melhores oportunidades para a criança crescer de forma amorosa, saudável e em segurança. Em outros casos, o estresse excessivo dos pais é o principal impedimento. Como resultado dessas condições desfavoráveis, muitas crianças terão baixa estatura para a sua idade; deficiências nutricionais e dificuldades para aprender e se adaptar às exigências da vida em sociedade.

A boa notícia é que hoje existem intervenções eficazes que podem reduzir a perda potencial de desenvolvimento. Os avanços da neurociência e o estudo científico de programas para fortalecer as famílias

34 <https://bernardvanleer.org/>

35 Grantham-McGregor, Sally; CHEUNG, Yin Bun; CUETO, Santiago; GLEWWE, Paul; RICHTER, Linda; STRUPP, Barbara and the International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 2007, Vol. 369, no 9555, p.60-70. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60032-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60032-4/abstract)

menos favorecidas têm descoberto elementos que podem prevenir ou compensar as deficiências ambientais e prometem quebrar o círculo vicioso da pobreza e da exclusão.

Na relação da criança com seus primeiros cuidadores, encontra-se a chave mais importante para um desenvolvimento integral: afeto, comunicação, brincadeiras e proteção. Políticas que valorizem o papel da família, (ou outros cuidadores mais próximos) durante as primeiras semanas, meses e anos podem garantir um bom começo na vida. Estas políticas devem ser capazes de facilitar a participação de ambos os pais ou primeiros cuidadores em geral, para o acolhimento e cuidados necessários para a vida do bebê. As primeiras seis semanas de vida são essenciais para consolidar um padrão de amamentação entre mãe e bebê. A participação do pai é vital durante estas semanas para aliviar o esforço das mulheres e facilitar a consolidação deste vínculo. Ao mesmo tempo, sua participação neste processo leva a uma diminuição da violência entre parceiros e à formação de uma ligação sólida com a figura paterna durante o desenvolvimento infantil. A amamentação exclusiva, durante os primeiros seis meses de vida, fornece ao bebê defesas e benefícios de saúde que vão durar por toda a sua vida. Facilitar este processo é também um grande investimento social que merece políticas públicas adequadas.

Após esta etapa e até que a criança passe a frequentar a escola, também é um investimento sábio a criação de mecanismos de apoio para os pais, para que reforcem as suas capacidades de proteger e promover os seus filhos. Para fazer isso, os programas de visitas domiciliares, a divulgação de informações apropriadas (educativas) nas escolas, locais de trabalho e transportes públicos podem ser úteis. Quanto à comunidade onde as crianças crescem, é necessário garantir que ela seja saudável, segura e estimulante. Planejadores, urbanistas, profissionais de segurança pública e saúde ambiental também desempenham um papel decisivo. Finalmente, o bom funcionamento dos sistemas de informação sobre o desenvolvimento da criança, bem-estar familiar e as condições ambientais e sociais do contexto social em que a criança vive são os requisitos de alta qualidade que garantirão a cada criança a oportunidade de atingir seu pleno potencial de desenvolvimento.

Estabelecer um marco legal para a primeira infância requer construir estratégias e diretrizes claras para cada setor da vida pública, incorporando planos e investimentos na perspectiva das crianças mais jovens e suas famílias.

Nossas premissas são:

- a. Os programas de boa qualidade para a primeira infância fortalecem as bases da aprendizagem ao longo da vida da criança.
- b. O envolvimento dos homens nos primeiros cuidados do bebê, por aproximadamente seis semanas, reduz a depressão pós-parto materna, fortalece o vínculo e a participação nos cuidados posteriores, reduz a violência doméstica e cria uma relação mais equitativa de gênero.
- c. A família é a primeira e mais importante instância de cuidado e educação das crianças pequenas. Em casos de crianças separadas de seus pais por morte, abandono ou doença, outros podem constituir-se como redes de apoio e assumir o papel da família; nesses casos, devem ser consideradas as mesmas recomendações propostas aos pais e demais familiares.
- d. Os Estados devem assegurar ambientes favoráveis que facilitem a tarefa de educação dos pais, por meio de centros ou outras formas de cuidado. Nestes centros, é possível medir a qualidade pela riqueza de interações de afeto, linguagem e brincadeiras estabelecidas entre cuidadores e crianças.
- e. O Estado tem a obrigação de assegurar um apoio eficaz às famílias por meio de políticas interseoriais integradas.

A Fundação Bernard van Leer junta-se aos esforços dos cidadãos, especialistas, instituições e parlamentares no Brasil para a criação de um marco legal para assegurar a coordenação intersetorial de políticas voltadas para a primeira infância (0-6 anos) e a inclusão mais eficaz de cada um dos atores e responsáveis para garantir que todas as crianças tenham a oportunidade de desenvolver seu pleno potencial. Este marco deve ser o ponto inicial de uma campanha nacional para a formação e informação, para que cada atividade na vida pública seja feita para incluir a perspectiva das crianças.

1. A FUNDAÇÃO BERNARD VAN LEER EM PARCERIA COM O BRASIL

A Fundação Bernard van Leer (BvLF) é uma fundação privada. Nossa missão é melhorar as oportunidades para crianças até 8 anos de idade que estão crescendo em circunstâncias socioeconômicas difíceis. Vemos isso como um fim tanto a curto como a longo prazo, significando promover sociedades mais coesas, atenciosas e criativas, com igualdade de oportunidades e direitos para todos.

A estratégia da BvLF para o Brasil concentra-se em cerca de meio milhão de crianças em três áreas geográficas específicas. O tema geral é garantir que todas as crianças no Brasil tenham igualdade de oportunidades e proteção, incluindo aqueles que crescem em favelas e na Amazônia. Nossos dois objetivos no Brasil são:

1.1. Qualidade de programas de visita domiciliar para crianças com menos de três anos de idade nas áreas rurais, no Estado do Amazonas.

A região do Amazonas possui uma população de 3,3 milhões de pessoas, das quais 136 mil estão abaixo de três anos de idade. Dessas, 74 mil vivem fora da capital, Manaus, e estão espalhadas por uma área física maior do que o Peru. Elas encontram-se em situação muito pior que a média nacional na maioria dos indicadores sociais: 40% não têm acesso a água encanada; 72% das mulheres grávidas têm menos de seis visitas pré-natais de profissionais de saúde; uma em cada quatro crianças não têm registro de nascimento; 30% das crianças de 4 aos 6 anos de idade não vão à pré-escola; e 95% das crianças de 0 a 3 anos não tem acesso a creche.

1.2. Zerar a violência na vida das crianças que crescem em favelas do Rio de Janeiro, Recife e São Paulo.

O Rio de Janeiro é a cidade com o maior número de homicídios por ano no Brasil (2.333 no ano de 2010). Recife é a cidade com a maior taxa de homicídios *per capita* no Brasil (90/100.000). A maior parte da violência ocorre nas 1.000 favelas, que são o lar de cerca de 227 mil crianças de 0 a 8 anos no Rio de Janeiro e 97.000 em Recife. Além disso, essas crianças também sofrem altos níveis de violência dentro de suas casas. A combinação destes dois tipos de violência (na comunidade e em casa) tem efeitos impactantes sobre o desenvolvimento do cérebro das crianças, o potencial de aprendizagem, saúde e comportamento futuro como adulto. Para atingir seus objetivos e superar esses indicadores de risco, a BvLF estabelece parceria com os governos federal, estaduais e municipais, bem como com outras instituições sem fins lucrativos.

INVESTINDO EM CIÊNCIA PARA FORTALECER AS BASES DA APRENDIZAGEM, DO COMPORTAMENTO E DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA³⁶

Jack P. Shonkoff

*Professor de Pediatria na Faculdade de Medicina de Harvard e do Hospital Infantil de Boston
Diretor do Centro da Criança em Desenvolvimento da Universidade de Harvard.
Preside o Conselho Nacional Americano de Desenvolvimento Científico da Criança em Desenvolvimento*

A ciência pode ajudar as crianças não apenas no presente, mas no futuro que teremos. Isso implica não somente o que estamos fazendo hoje, mas como continuaremos a aprender. Tratarei da importância do foco na primeira infância e dos desafios que temos à frente. O Brasil tem sido um líder nessa questão. Além do que os políticos e gestores públicos têm realizado, será fundamental a participação da sociedade civil na construção da promoção da primeira infância.

O desenvolvimento na área da saúde e também os avanços educacionais, a produtividade, a expansão da cidadania, a formação de uma comunidade mais forte e o que fizermos de positivo para as crianças que estão crescendo, tudo isso resultará em país melhor. Com a introdução desse ciclo de geração, haverá menos trabalho a ser feito e menos programas a serem financiados, além de resultados melhores e diminuição da violência que ameaça esta sociedade e qualquer outra sociedade no mundo.

O que é empolgante sobre a posição em que nos encontramos hoje e como o Brasil está se movendo é o fato de que estamos vivendo uma revolução biológica. Atualmente, há muitos avanços na neurociência e na biologia molecular, que lidam com muitas perspectivas, como os estudos dos genes, que observam como eles funcionam e como as experiências vividas acarretam mudanças genéticas. Isso tudo está mudando muito rapidamente.

A compreensão do comportamento nas ciências sociais também está avançando. E esse conhecimento novo está esperando para ser catalisado por políticas públicas mais efetivas.

É muito importante vir ao Brasil falar com as pessoas. Não viemos aqui para dizer às pessoas como devem trabalhar. Na verdade, é uma mesma ciência para todas essas áreas. Não há uma ciência diferente para a saúde, para o aprendizado ou ainda uma terceira ciência para outros aspectos do desenvolvimento; há somente uma ciência, que está avançando em um movimento muito rápido. O sonho de nós acadêmicos é que outras pessoas usem esse conhecimento para mudar o mundo — particularmente, mudar para melhor. Então, estamos realizando um sonho.

³⁶ Adaptação de Conferência proferida com tradução simultânea no II Seminário Internacional do Marco Legal da Primeira Infância, na Câmara dos Deputados, em 7/5/2014.

1. CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA E OUTRAS PESQUISAS

A partir de um vídeo disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Construir-as-Compet%C3%A2ncias-dos-Adultos-para-Melhorar-o-Desempenho-das-Crian%C3%A7as.aspx>, temos um breve resumo do que se tem a saber sobre a neurociência.

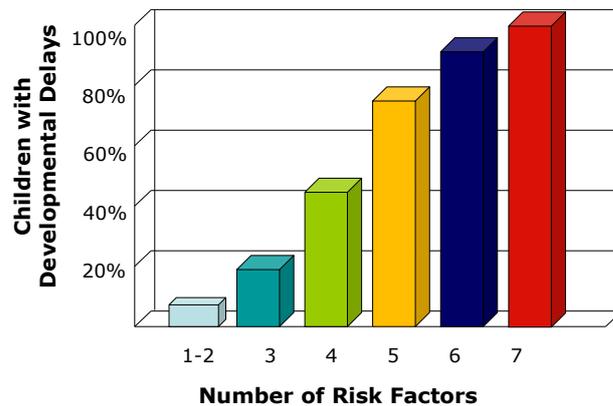
O cérebro é construído com o passar do tempo. No nascimento, os bebês já têm a maioria das células que irão precisar. Então, muitas conexões entre as células desse circuito cerebral são construídas com o tempo, e o período mais rápido dessa construção é nos primeiros anos da criança. Mas se perguntarmos o que causa isso, se é a genética ou o ambiente, a resposta correta é: ambos. Eles acontecem em conjunto. A série única de predisposições e as experiências vivenciadas por uma criança estreitam essa extensão. As crianças que nas piores circunstâncias tiveram problemas, não nasceram problemáticas, se tiverem oportunidade, independentemente do ambiente em que nasceram, dos pais que tiveram, elas poderão aprender a ser cidadãos responsáveis.

1.1. Interação é a base do desenvolvimento humano

O ingrediente-chave das experiências que formam os circuitos cerebrais para o desenvolvimento do cérebro normal são as interações que crianças e bebês têm com os adultos na sua vida, a interação de serviço e retorno. A criança faz uma coisa e o adulto responde, e vice-versa. Ela começa a sorrir, a apontar, a fazer barulhinhos, e começa a usar palavras. As crianças pequenas aprendem a partir da interação com adultos e outras pessoas. Não podem aprender com a televisão. Crianças mais velhas podem aprender com a televisão – não a da violência, nós esperamos, mas a boa televisão. Bebês não podem aprender com a televisão, não podem aprender a partir de vídeos educacionais. Eles aprendem a partir da interação com as pessoas, e interação precisa ter resposta e apoio.

Alguns estudos mostram o que acontece quando falta essa interação, vamos olhar para dentro do cérebro e ver o que acontece, não só no cérebro, mas no corpo inteiro. Um dos estudos a esse respeito foi feito nos Estados Unidos, com mais de mil crianças. Todas foram abusadas e negligenciadas no sistema de apoio. E, além do abuso e da negligência, o que mais são fatores de risco na vida? Abuso, negligência, baixa renda, abuso de drogas, problemas mentais na família e vários outros. Quando aumentam os fatores de risco, como isso afeta o desenvolvimento? Vejamos como isso acontece, com crianças de até três anos: quando há um ou mais fatores de risco para crianças que foram abusadas, de cada 21 crianças, apenas cinco não conseguem bons resultados nos testes de desenvolvimento social e emocional; mas quando se adicionam mais fatores de risco, até se chegar a seis ou sete fatores de risco, 90% ou mesmo 100% das crianças têm resultados prejudicados nesses testes e também nos de linguagem e cognição.

The Cumulative Pile Up of Adversity Impairs Development in the First Three Years



Source: Barth, et al. (2008)

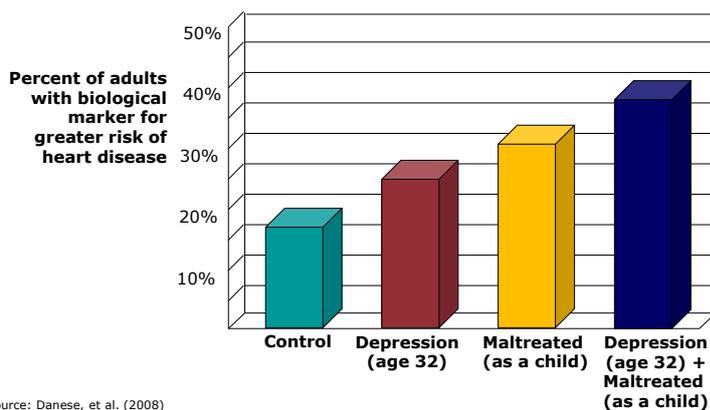
Center on the Developing Child  HARVARD UNIVERSITY

Elas falham na escola e na capacidade de serem economicamente ativas. Mas elas não nasceram desse jeito. Ocorre que o acúmulo desses fatores de risco afeta o ambiente no qual elas estão crescendo, e muitos deles afetam as interações de serviço e retorno, não havendo apoio e sentimento de segurança. Então, já com 3 anos de idade, muitas das crianças já não conseguirão nem acompanhar a escola. Esse é o atraso para o qual chamo a atenção.

Outro estudo foi realizado na Nova Zelândia, há 40 anos, numa cidade chamada Dunedin. Cada mulher grávida foi convidada a participar de um estudo e uma porcentagem muito alta concordou em participar. Foram coletadas informações dessas mulheres durante a gestação, como: estado de saúde, situações de vida etc. Quando os bebês nasceram, foram examinados e, enquanto cresciam, seu desenvolvimento foi monitorado. Gravamos experiências de vida e vários aspectos de saúde foram observados. Foram coletados dados do acompanhamento até a idade de 32 anos, em que se mediu uma substância no sangue, uma proteína que é um tipo de colesterol que afere um índice de maior propensão a doenças cardíacas. Isso não significa que a pessoa tenha doença cardíaca, mas que tenha alto risco de ter.

Mais de mil pessoas até 32 anos foram acompanhadas desde antes do nascimento. Encontramos que 15% dessas pessoas estatisticamente possuíam mais riscos, portanto, longe da maioria. Isso se deve provavelmente a uma variação genética. Mas aquelas que tinham diagnóstico de depressão possuíam níveis mais altos dessa proteína, e isso é algo que foi encontrado em muitos outros estudos. Não foi uma novidade. Por exemplo, a depressão está associada à inflamação. E estar em depressão, falando aqui sobre a doença, não é só ficar emburrado, mas ter problema mental sério de depressão. Isso não era uma novidade, e o teste confirmou o que estava sendo aferido. A novidade é que pessoas de 32 anos que haviam sido maltratadas quando crianças tinham níveis dessa proteína mais altos que pessoas com depressão. E isso não havia sido observado antes.

Biological “Memories” Link Maltreatment in Childhood to Greater Risk of Adult Heart Disease



Source: Danese, et al. (2008)

Center on the Developing Child HARVARD UNIVERSITY

Desde então, existem muitos estudos que mostram a elevação dos níveis de inflamação em crianças que foram abusadas ou negligenciadas, e as de até 32 anos que foram abusadas quando crianças tinham depressão; duas em cada cinco tinham índice elevado dessa proteína. É claro, são necessários mais trabalhos para se entender isso, mas se observou que são afetados os adultos que foram abusados quando crianças, mesmo que não se lembrem mais, conscientemente ou não, porque o corpo não esquece, e memórias biológicas foram criadas como resultado da reação corporal aos abusos, e não foram embora depois de o abuso ter cessado. Em relação a isso, é importante esclarecer que não se trata do resultado de um dia ruim; isso não é o resultado de uma semana ruim; isso não é resultado de você não responder uma vez à sua criança quando ela lhe pede alguma coisa. Isso é resultado de maus tratos crônicos, persistentes. Nós não somos tão frágeis assim, mas também não somos invulneráveis. Isso mostra um espectro de abusos e negligências, não é coisa de um dia. Mesmo os melhores pais cometem uma dúzia de erros todos os dias, mas o que traz prejuízos é a ativação do estresse excessivo.

1.2. Dinâmica e consequência do estresse tóxico

Um outro vídeo, disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Conceitos-Fundamentais-3---O-stress-t%C3%B3xico-prejudica-o-desenvolvimento-saud%C3%A1vel.aspx>, explica os princípios básicos de desenvolvimento cerebral normal e a experiência de teratogênese. Esse vídeo explica o conceito do estresse tóxico, ou seja, como a ativação do estresse excessivo faz mal ao corpo, especialmente quando se é jovem e se está em maturação.

Esses vídeos levaram quase dois anos para ser produzidos, por termos ficado escolhendo os melhores cientistas dos Estados Unidos que atuam nesta área e para focarmos as coisas mais importantes que precisamos comunicar aos não cientistas, sobre as quais todos os cientistas concordam.

O vídeo acima indicado mostra o que acontece dentro do nosso corpo quando nosso sistema de estresse não descansa. O sistema de estresse é algo bom termos. Se não tivéssemos esse sistema, não sobreviveríamos, trata-se da ativação de nossa capacidade de lutar ou fugir. Quando você encara um desafio que ameaça sua vida, seu corpo reage, sua pressão sanguínea sobe, seu hormônio de estresse também, seu sistema imunológico é ativado para curar infecções etc. Nessa situação o sangue vai para os músculos para que você possa poder

correr e seus músculos ficam muito fortes. Ao mesmo tempo, reações químicas em seu cérebro fazem com que você possa se concentrar para lidar com a máxima precisão possível com o desafio ou a ameaça iminente.

Vocês todos sabem como é o estresse, porque vocês todos são bem sucedidos. Pensem num momento em que vocês estavam mais estressados. Vocês sabiam que estavam assim também fisicamente, não só na cabeça. Sentiam também no corpo. Esse é o seu sistema de estresse ativado, e é uma coisa que é bom que nós tenhamos, mas não é para ele estar ligado o tempo todo. É para ligar o estresse quando alguém nos ataca, quando há uma ameaça física, quando há um prazo limite, em que se tem meia hora para fazer isso ou aquilo. Algumas pessoas sentem isso quando têm de enfrentar uma plateia, fazer uma apresentação, mas depois passa.

Já o estresse tóxico é algo que surge quando o sistema de estresse é ativado o tempo todo, porque a vida do dia a dia está empurrando a pessoa ao limite. Nós trabalhamos com um legislador estadual nos Estados Unidos que nos descreveu estar viciado em adrenalina 24 horas por dia nos sete dias da semana. Imaginem se vocês fossem estressados a esse ponto o tempo todo! Biologicamente, há um efeito de desgaste no corpo, e vocês viram no vídeo como isso destrói circuitos de neurônios, como o cérebro vai se desfazendo, e isso aumenta a possibilidade de doença cardíaca, talvez até 50 anos depois.

É algo real, mas não é uma coisa mortal. Não saiam daqui com a conclusão de que as crianças que estão crescendo em circunstâncias muito difíceis estão sendo danificadas irreparavelmente e não há nada que se possa fazer. Isso não é verdade. O cérebro está sempre tentando voltar ao normal. É difícil, e há custo, mas nunca é tarde demais. Em pouquíssimos casos em Biologia de Desenvolvimento, o que acontece cedo não se pode reparar depois, não se pode fazer nada. Isso só significa que o buraco está mais embaixo, que é mais difícil sair dessa situação.

Agora vamos resumir toda a ciência e vamos falar de como usar a ciência para pensar como a política deve orientar-se e o que os programas devem focar. Esse é o resumo dos dois vídeos e das pesquisas que mencionei.

Early Life Experiences Are Built Into Our Bodies (For Better or For Worse)

Stable and supportive relationships, language-rich environments, and mutually responsive, “serve and return” interactions with adults promote healthy brain architecture and adaptive regulatory systems.

Excessive or prolonged activation of stress response systems and reduced availability of the buffering protection of supportive relationships can weaken brain architecture and disrupt the development of other organ systems.

Center on the Developing Child  HARVARD UNIVERSITY

Experiências na primeira infância fazem parte do nosso corpo no começo. O começo é antes mesmo de nascer ou durante a gestação, é a saúde da mulher mesmo antes que ela se torne gestante, é se ela tem boa nutrição, se está saudável, se ela tem uma gestação em bom estado ou se ela está doente, ou maltratada, antes da gestação, é para melhor ou para pior.

Então, relacionamentos estáveis e apoio, que são imprescindíveis, dão às crianças senso de proteção e segurança. Um ambiente rico em linguagem, em que as pessoas falam desde o começo, é onde a criança começa a falar e logo se engaja em conversas. É assim que se constrói uma forte fundação para a alfabetização, com interações de respostas mútuas, sem nunca deixar as crianças sozinhas. Mas elas também precisam estar algum tempo sozinhas, ou você pode errar por outro lado, porque há pessoas altamente dedicadas, com muitos recursos, que dão tantos estímulos para a criança que ela fica desorientada. É preciso ter equilíbrio.

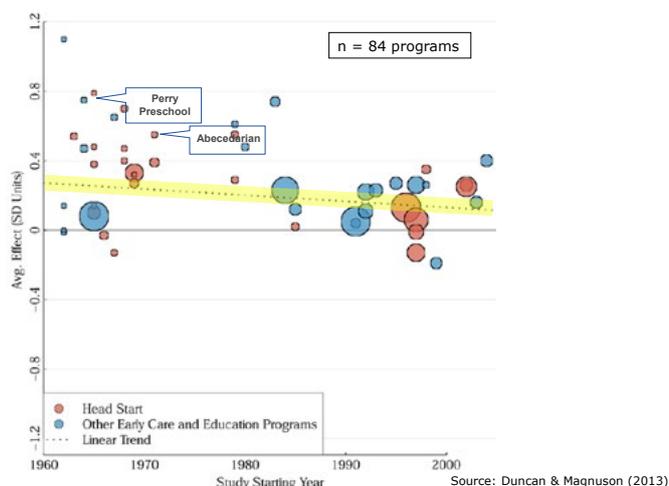
O que a ciência tem a dizer é que se deve cuidar das crianças que não estejam em ambiente protegido, previsível e estável, que não estejam falando ou recebendo comunicação. O que elas mais ouvem é “não”, “não” e “não”, em vez de “olhe essa florzinha aqui”, ou “com que você quer brincar?”. Tudo isso, a interação positiva promove a arquitetura cerebral positiva e um sistema cardiovascular e imunológico positivo, reduzindo o risco de AVC, de câncer, de depressão, de alcoolismo. Todas essas doenças são mais comuns em crianças que tenham tido muito estresse na experiência da primeira infância. Isso está bem documentado nas pesquisas. A ativação do estresse prolongado provoca esses vários problemas. Mas não é a ausência de estresse que é importante — ninguém vive em ambiente sem estresse nenhum, mas sim a presença de adultos regularmente ajudando as crianças com o estresse. As crianças se recobram do estresse e se dão muito bem quando os pais as protegem do estresse. Mas os adultos, afora essa proteção, quando interagem, estão ajudando a criança a construir a sua própria capacidade de lidar com a adversidade. É importante aprender isso. Temos muito estresse na vida, e as crianças não aprendem essas habilidades de lidar com isso sozinhas, só aprendem quando contam com adultos ajudando-as a construir isso. Sem o apoio do adulto a criança não tem como se desenvolver.

Nós não vamos culpar só os adultos que não têm habilidade, mesmo porque a maioria dessas pessoas muitos anos atrás eram crianças que foram cuidadas por adultos que não haviam recebido cuidados, e tem-se um ciclo que tende a se reproduzir. O jeito de mudar esse ciclo é criar essa capacidade para os adultos que não têm a habilidade de prover aquilo de que as crianças precisam. Não é estigmatizar ou humilhar os pais; é prover o apoio de que eles precisam, porque todos os pais querem o que é melhor para suas crianças.

Deixem-me mostrar alguns dados, mesmo porque nenhuma plateia de política vai sair sem pedir: “Mostrem-me os números.” Nós temos um banco de dados com mais de 10 mil estudos que foram publicados na literatura, em língua inglesa, nos últimos 47 anos, e a avaliação de alguns programas entre o período pré-natal e a pré-escola. Codificamos os dados desses programas – trata-se de uma análise metodológica – e tiramos 84 entre os melhores programas que foram estudados pelos melhores estudiosos, com testes harmonizados de controle. E surge uma pergunta: nesse caso, que impacto eles tiveram entre o momento cognitivo e a capacidade infantil, até o final do programa?

Esse é o resumo de quase meio século de pesquisa e intervenção:

Effects of Early Education on Child Achievement and Cognition Illustrate Both Impact and Challenges



Center on the Developing Child HARVARD UNIVERSITY

No gráfico acima, o tamanho da bolha corresponde ao tamanho do número. Em vermelho, *Head Early Start*. Em azul, com poucas exceções, está acima do nível de nenhum impacto. Então, não precisamos fazer... Eu pergunto se podemos melhorar os resultados. Já fizemos isso de novo, de novo e de novo. Então, essa não é a pergunta. A pergunta deve ser: como a gente pode melhorá-los? Quem se beneficia e quem não se beneficia? Um dos pontos importantes a se reconhecer, a partir disso, é que embora tenhamos feito bastante pesquisa e tenhamos mostrado bastante evidências de impacto, houve uma mudança para baixo nessa curva, em termos do tamanho do impacto. E a melhor explicação disso é: não é que ele esteja caindo, mas quando se tem mais e mais atenção prestada à primeira infância, quando se tenta fazer um estudo entre um grupo de tratamento e um de controle, é muito difícil achar um grupo de controle que não tenha serviço algum. Então, se você tem um estudo, você o coloca de forma aleatória. Se você está no grupo de cá, os pais dizem: “Ah, que pena!”, porque eles acharam outro programa. Então, é mais difícil medir as diferenças. Nos estudos antigos havia mais impacto porque antes o grupo de controle não tinha nada, e agora tem alguma coisa. Então, é impressionante que ainda haja esses impactos.

O ponto importante aqui não é o fato de baixar, mas o fato de que não está aumentando. Nós precisamos dizer que quando começamos, meio século atrás, os programas tinham um impacto modesto, mas real. A cada década nós ficamos mais expertos e melhores, e o impacto está aumentando a cada década! É modesto, é real, mas tem-se mantido estável. Isso é porque não tentamos fazer coisas novas. As pessoas cobram: “Diga-me o que funciona que eu vou fazer”. Por 50 anos, continua-se fazendo o que a gente descobriu que funciona há muito tempo. Não tem componente de P&D, não tem parte de disciplina que esteja experimentando coisa nova. Em relação à área de negócio, essa está sempre dizendo aonde a gente vai depois. A pesquisa biomédica está sempre olhando para frente. Existem doenças em relação às quais tivemos impactos dramáticos ao longo do ano, e não é porque alguém diz que há um tratamento que o quadro está bom. Não, não está bom. É preciso curar a doença. Esse é um desafio. Nós não temos que perguntar se faz diferença. Sim, faz diferença! A pergunta é esta: como provocamos um impacto maior, especialmente para as crianças que estão em situação de mais desvantagem, em situação mais difícil?

Quero mostrar como usamos a ciência e esses princípios para pensar sobre como aumentar o retorno do investimento que estivermos fazendo. Nós vamos observar o Brasil muito de perto. Vocês são uma inspiração para nós. Fomos encorajados em nossa parceria com os brasileiros.

2. ESTRATÉGIAS DA AGENDA BRASILEIRA

Existem três estratégias que são parte da agenda brasileira:

- a. 1. *Assegurar que a qualidade do que está sendo providenciado agora é boa.* Nem todos os programas têm a mesma qualidade. Alguns não são tão bons quanto outros, geralmente por falta de capacitação, ou por falta de remuneração, ou porque alguns programas estão lidando com problemas que são muito complexos para o pessoal. Aumentar a qualidade quando se acha um programa bom, reproduzi-lo em escala, isso é parte da agenda brasileira. Isso vale para qualquer país que colocou isso como prioridade.
- b. 2. *Construir sistemas fortes:* Vocês progrediram muito em termos de entendimento do desafio de que não deve haver programas de saúde completamente separados dos programas de educação ou dos serviços sociais, eles precisam ser bem coordenados e, em muitos casos, integrados. São necessários bons sistemas de dados. Realmente é preciso que esses programas funcionem eficientemente interligados. Assim produzimos melhores resultados.
- c. 3. *A terceira estratégia é que precisamos de novas ideias.* Precisamos criar infraestrutura, assegurar que cada criança tenha o melhor que pudermos fazer em 2014, mas não podemos em 2019 ou em 2022 estar fazendo a mesma coisa que fizemos em 2014. Como se mantém esse movimento em prospectiva? Vemos a ciência como algo muito poderoso para gerar novas ideias, novas teorias de mudança, criar um ambiente para que sejam testadas novas ideias. Nesse caso, a parceria entre ciência e política pública é algo essencial, vital. O mundo das políticas públicas tem que criar parte dos sistemas de serviços com segurança e também inovar.

Experimentar, criar coisas, fazer grandes avanços, isso ocorre normalmente após várias falhas, até você conseguir que dê certo. Nenhum avanço, nenhuma disciplina resulta de um monte de gente experta que lança apenas uma primeira ideia. A primeira coisa que eles pensam não muda o mundo. Isso decorre de persistência, de fracassos após fracassos, com a liderança dizendo que a falha, no final das contas, não é opção, e que vamos continuar tentando até chegar lá. Assim fez-se o progresso em pesquisa médica. O grande avanço não resulta da primeira operação, do primeiro tratamento que alguém fez. Vem do fracasso.

Não se pode criar o sistema todo para o fracasso, mas alguns lugares têm que funcionar como laboratórios. Esse é o modelo que norteia o que fazemos por décadas. É o que faz a diferença. É uma combinação que assegura a vivência de crianças em ambientes estimuladores – elas têm experiências estimuladoras –, formação para os pais, boa nutrição para as crianças, bons cuidados de saúde, ambiente seguro. A combinação desses elementos vai levá-las a ter um desenvolvimento saudável. Para a maioria das crianças isso funciona. A combinação é provida por famílias, comunidades, órgãos públicos, profissionais, e funciona. Mas relativamente a uma parte da população – é com isso que nós todos estamos preocupados –, existe tanta diversidade que ela sobrepuja esses ingredientes básicos e impacta o desenvolvimento. Eu pergunto o que devemos fazer. Nós não temos uma resposta. Vamos então para a ciência. Pode-se adivinhar onde isso vai dar. A ciência diz: “Bem, pode ser que em relação às crianças que ainda estão se saindo mal, em relação a suas famílias, haja muita diversidade, e os programas não podem provocar o impacto esperado. Elas têm estresse e esses programas são

insuficientes. Então, o que podemos fazer de diferente?”. De novo, não tenho dados. Estou compartilhando nossos pensamentos. Não testamos isso ainda, mas estamos tentando.

Quando começamos a parceria no Brasil, encontramos com o Deputado Osmar Terra e seus colegas. Minha percepção foi a de que uma agenda avançou. O povo brasileiro é muito criativo. Então, a inovação precisa fazer parte da Agenda Brasil. Usamos ciência do Século XXI, e não do Século XX. Não sabemos as questões apresentadas nesses vídeos há muito tempo. Sobre estresse tóxico, são menos de dez anos.

Duas evidências nos surpreenderam: a primeira foi a de que a primeira infância afeta a saúde, bem como a aprendizagem. Todos já sabem disso, todos já estão falando essa língua, mas em muitos lugares o desenvolvimento da primeira infância tem a ver com escola, e não com saúde. O Ministério da Saúde precisa estar envolvido nisso, bem como o Ministério da Educação. Mas é preciso esperar mais por resultados. Não vamos prevenir AVC e doenças cardíacas em três ou quatro anos, somente décadas depois.

3. PLASTICIDADE CEREBRAL

Na Neurociência há um fenômeno chamado plasticidade. A plasticidade se refere à quão flexível e adaptável é o cérebro, como ele pode reajustar-se para assumir um novo desafio. Esta é uma realidade triste da biologia: a capacidade de mudar seus circuitos diminui com a idade. Parece alguma coisa assim. A plasticidade do cérebro está em níveis ótimos no nascimento e na primeira infância. Assistindo a esse primeiro vídeo, vemos que o cérebro tem todos esses neurônios, mas pouquíssimas conexões, pouquíssimos circuitos. Esses circuitos são rapidamente desenvolvidos nos primeiros anos de vida. De 700 a mil novas sinapses são formadas a cada segundo no cérebro de um bebê. São muitas sinapses, rapidamente. Quando a pessoa não tem tantas assim, o seu cérebro pode crescer em todas as direções. A pessoa pode falar qualquer língua do mundo. Depois, já começa a perder a habilidade de falar fluentemente uma língua que nunca ouviu, mas nunca chega a zero. Notem isto: até os 70 anos de idade a pessoa ainda tem um pouco de flexibilidade, mas fica mais difícil. Assim, aumenta o custo para mudar o comportamento, para criar uma nova capacitação. Por isso queremos intervir logo. Custa menos construir essa capacitação na infância, custa menos para o cérebro. À medida que a pessoa vai ficando mais velha custa mais, e custa mais também para o orçamento público, porque fica bem mais caro tentar consertar isso depois.

Voltando para a ciência, dizemos que agora temos este desafio: o cérebro perde a plasticidade. Mas a ciência nos diz: você sabe que tem uma oportunidade aqui. Vamos observar o desenvolvimento das habilidades relacionadas a funções executivas que começam na primeira infância, mas não são completadas antes dos 25 anos, 30 anos.

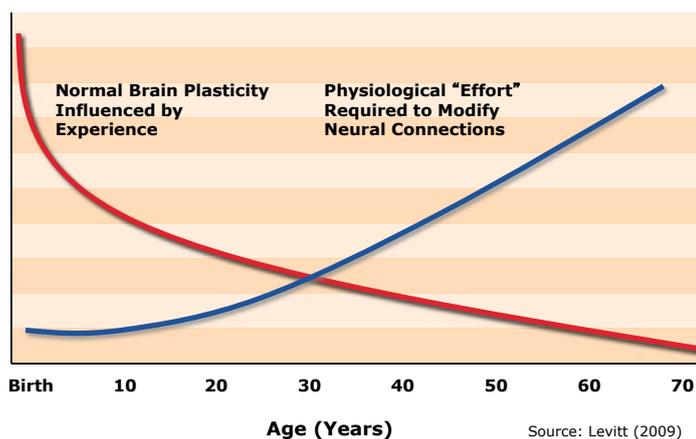
Podemos verificar a primeira infância. No primeiro ano de vida, vemos a diferença, vemos quão bem o bebê pode focar sua atenção. Dispomos, nos últimos dez anos, de uma enxurrada de pesquisas para verificar as diferenças sociais, a habilidade de foco baseada não na genética, mas na experiência, e quão previsível é o ambiente.

O período mais rápido de desenvolvimento dessas habilidades está entre 3 e 5 anos, antes de se começar a escola, e não há o desenvolvimento de forma automática. Os adultos moldam essas habilidades nas crianças. As crianças são criadas por adultos, que as ajudam a moldar essas habilidades porque têm essas habilidades. A mãe natureza está dando-nos outra chance. Essas habilidades continuam a desenvolver-se, mas não tão rapidamente. Continuam a se desenvolver na adolescência e na juventude. Agora isso ocorre em passo acelerado.

Na fase de 15 a 25 anos acontece o desenvolvimento de habilidades em nível mais alto: resolver problemas, controlar impulsos, fazer planos.

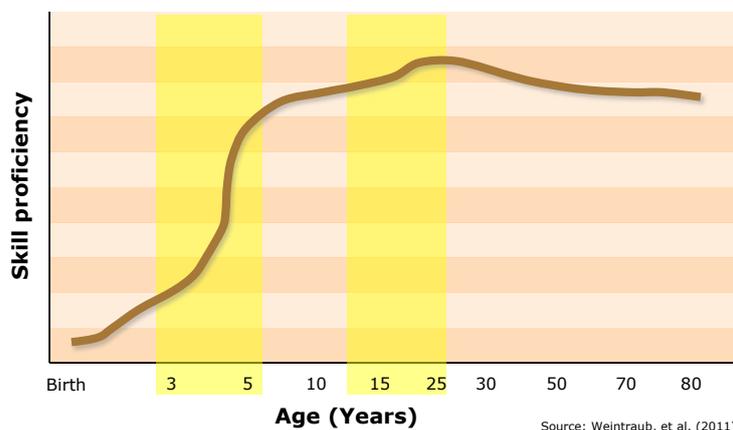
Em Neurociência, esse período de desenvolvimento rápido é um período de plasticidade aumentada, é uma janela em que os adultos são capazes de aprender essas habilidades com boa formação e boa prática. Se estamos só dando conselhos e informação, perdemos essa oportunidade, perdemos essa janela. Como eles poderiam construir capacitação pela prática?

The Challenge: The Ability to Change Brains and Behavior Decreases Over Time



Center on the Developing Child HARVARD UNIVERSITY

The Opportunity: The Development of Executive Function Skills Begins in Early Childhood and Extends into the Early Adult Years



Center on the Developing Child HARVARD UNIVERSITY

Conforme o resumo desses dois *slides*, mais cedo é sempre melhor do que mais tarde. **Prevenir é muito melhor do que consertar depois.** E nunca é tarde demais; é só mais difícil, é mais custoso, e não se tem um resultado tão bom como se se acertasse da primeira vez. O retorno do investimento também diminui.

Outro ponto: promover estímulos para o desenvolvimento não é suficiente para as crianças, pois temos de combinar isso com proteção. Se não protegemos o sistema imunológico, cardíaco e cerebral, o ler, o

falar, as experiências da aprendizagem não vão ter o mesmo impacto, porque o cérebro não poderá usar essa experiência de forma otimizada.

Começamos a pensar bem quais são as ideias que podemos testar na prática. Estamos começando a testar isso na prática. Temos uma fronteira de inovação. Os Estados Unidos têm grupos de inovação e têm um número pequeno de programas. Estão juntando-se para aprovar algumas coisas. Nosso sonho é de que talvez tenhamos um conjunto de inovação em outro país. Estou apostando no Brasil para que seja, no caso, o primeiro país fora da América do Norte. Não serão todas as disciplinas, mas essa comunidade de Primeira Infância no Brasil, que quer estar na linha de frente, que tem alguma coisa a dizer daqui a dez anos. Temos de saber quantas visitas deveremos fazer por mês, em vez de perguntar o que temos de fazer nessas visitas.

O nosso pensamento foi o seguinte: as crianças precisam de uma combinação de proteção e promoção do desenvolvimento. Não só promoção, mas proteção. No entanto, adultos não têm habilidade para prover essa proteção em ambiente afetado pela pobreza, pela droga e pela violência. Precisamos fazer mais do que simplesmente ajudar a protegê-los. Precisamos criar capacitação para eles.

4. HABILITAR AS FAMÍLIAS PARA A PARENTALIDADE

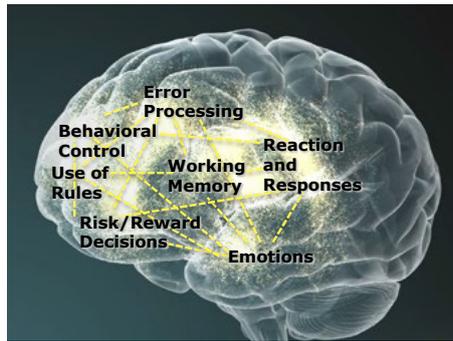
As habilidades para se capacitar a ser bons pais parecem ser as mesmas habilidades de que se necessita para se conseguir um emprego. Talvez seja um jeito de ajudar a aliviar a pobreza. Falo sobre criar capacidades para as pessoas, além das capacidades econômicas. Não se trata só de aliviar a sociedade da responsabilidade de prover assistência por meio de Bolsa Família ou outro tipo de programa social. As pessoas precisam ter a oportunidade de serem autossuficientes.[COLOCAR EM DESTAQUE]

Quando pensamos em nível comunitário, voltamos para a ciência. A ciência estava nos dizendo para procurar fontes de estresse tóxico numa comunidade. Se em uma comunidade há alta violência, todos esses programas, de leitura, primeira infância, Bolsa Família, não vão ser tão eficazes como seriam aqueles que fizessem realmente algo para reduzir a violência nessa comunidade ou pelo menos a pressão nas famílias relacionada à violência. Não se pode fazer essa coisa maravilhosa para o desenvolvimento da criança e esquecer as pressões na família que vive em áreas muito violentas. Há que se encontrar um jeito de ser multidisciplinar, com a ciência.

Que habilidades são essas? São habilidades relacionadas à autossuficiência econômica. São funções executivas, habilidades de autorregulação. É assim que os pesquisadores as chamam. Sabemos onde essas habilidades se encontram no cérebro. São dimensões centrais da capacidade, a habilidade de focar nisso, de sustentar, estabelecer planos e metas, monitorar como as pessoas e as coisas estão indo, mudar planos quando as coisas não estão saindo bem, repensar, voltar, tomar decisões, resolver problemas, seguir regras, controlar impulsos. Não são só palavras, mas habilidades ligadas a circuitos no cérebro. É onde eles se encontram.

Nós sabemos onde estão os circuitos de memória para se poder pensar em duas ou três coisas ao mesmo tempo. Sabemos onde os circuitos estão para entendermos como seguir regras e controlar impulsos. O segredo é esse. Nós conhecemos essas habilidades, sabemos como se desenvolvem. A área do cérebro em que estão pode ser vista na figura abaixo:

Skill Building for Parenting and Economic Self-Sufficiency Points to the Foundational Role of Executive Function and Self-Regulation Skills



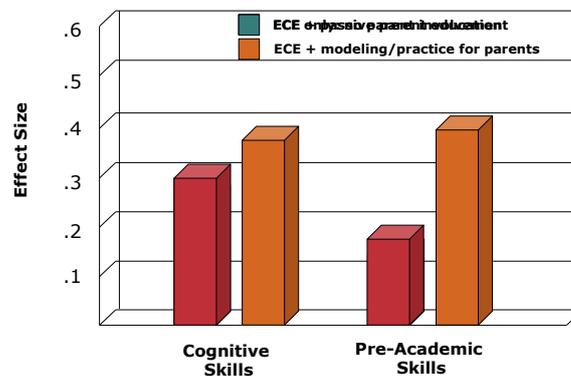
These core dimensions of adult competence include the ability to focus and sustain attention; set goals, make plans, and monitor actions; make decisions and solve problems; follow rules, control impulses, and defer gratification.

Center on the Developing Child  HARVARD UNIVERSITY

Essa é uma das três partes do cérebro mais vulneráveis ao estresse tóxico. Quando as crianças passam por estresse tóxico, essa é uma das partes do cérebro mais afetada. Essas habilidades são necessárias para a pessoa poder ser um pai eficaz e um trabalhador eficaz. Então, aqui está o desafio. Se vamos falar sobre capacitação de adultos, o desafio é esse.

O último estudo que vou mostrar é esse. Temos 88 estudos nesse banco de dados. Todos se referem a programas de educação de primeira infância. Queríamos ver o impacto do envolvimento dos pais em programas de pré-escola, 88 programas.

Analysis of Parent Involvement in Early Childhood Programs Illustrates Challenges and Opportunities



Average Impacts of 88 Early Childhood Education Programs (1960-2007)

Source: Grindal, et al. (under review)

Center on the Developing Child  HARVARD UNIVERSITY

Esses foram os impactos de programas que não envolviam os pais, baseavam-se apenas em uma excelente experiência acadêmica no que diz respeito à criança. Sim, tinham impacto no seu desenvolvimento cognitivo, impacto estatisticamente significativo nas suas habilidades acadêmicas.

Quando olhamos programas que envolviam os pais, educação dos pais, um envolvimento mais passivo, com informações e em alguns momentos conselhos, basicamente o resultado é o mesmo. Ainda não há muita

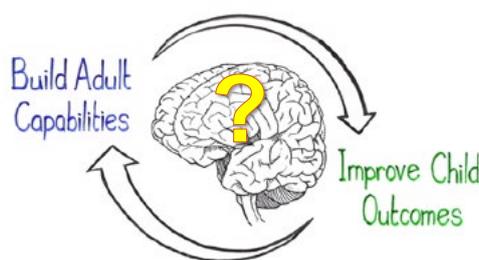
diferença. Vemos então esse grupo de programas que focavam a capacitação dos pais. Não foi só um programa de pré-escola. A cada 15 dias iam ao lar, capacitavam os pais para eles reforçarem o que acontecia na escola. Esses programas combinavam educação acadêmica para crianças com capacitação para os pais. Resultado: o desempenho das crianças em leitura e matemática dobrou, somente adicionando-se uma política ativa de capacitação de pais.

Se querem, portanto, que as crianças tenham melhor desempenho, juntem-se às pessoas que querem um retorno maior no investimento, às pessoas que querem mais oportunidade. Por que continuaríamos a ter programas para crianças que não estão ativamente engajando e capacitando os pais, quando se vê esse impacto nas habilidades acadêmicas das crianças?

Esse é o resumo da nossa Teoria de Mudança e do que a ciência está nos dizendo sobre como podemos começar com uma base forte. Temos meio século de dados para dizer que podemos mudar os resultados das crianças por meio de bons programas de primeira infância. No Brasil vocês estão fazendo progressos e vão conseguir bons resultados com os programas que estão realizando.

Alguma parte do sistema vai ser o componente de pesquisa e desenvolvimento para a disciplina que vai aparecer daqui a 10 ou 20 anos. Estamos apostando agora que obteremos resultados excepcionais, muito melhores do que tivemos antes.

Crafting a New Framework for Intergenerational Investment



If we really want to achieve breakthrough outcomes for children facing significant adversity, then we have to transform the lives of the adults who care for them.

Center on the Developing Child  HARVARD UNIVERSITY

Vamos ter de transformar a vida dos adultos que cuidam das crianças, porque eles causam o impacto mais importante nas crianças. Isso começa na família. E para a criança que gasta muito tempo em programas acadêmicos, também devem ser incluídos os professores. Muitos são mulheres que têm pouca educação. Elas também precisam de capacitação para lidar com esses desafios.

5. LIDERANÇA E POLÍTICA PAUTADA EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Quero agora fazer um tributo aos meus colegas do Núcleo Ciência pela Infância (NCPI), que representam uma parceria entre várias instituições: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, em São Paulo; Faculdade de Medicina da USP; INSPER, Instituto de Ensino e Pesquisa; o Hospital Infantil Sabará, em São Paulo, que é um grupo mais focado em São Paulo; e o Centro David Rockefeller para Estudos LatinoAmericanos de

Harvard. Nós trabalhamos juntos por quase três anos e esse grupo criou o Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento na Primeira Infância. É muito bom ver tantos legisladores e gestores que participaram desse Programa.

O Brasil fez o que nenhum outro país fez. Vocês progrediram muito rapidamente. São legisladores que sabem sobre o que estão falando, e estão trabalhando com a comunidade científica brasileira. Há excelentes cientistas no Brasil trabalhando com isso. Acho que esta é a meta e a agenda do Brasil: construir uma comunidade de cientistas brasileiros que vão ajudar a criar essa agenda da primeira infância.

Não fiquem dependentes de coisas dos Estados Unidos, que não são o país mais avançado no mundo, especialmente nesse tipo de coisa. Trata-se de criar um grupo nacional de cientistas para estudar esses dados no Brasil e trabalhar com os legisladores brasileiros, traduzir essa ciência para os legisladores. O trabalho aqui não é autoexplicativo. É preciso informar o público sobre essa ciência, que capacita os legisladores. Vocês têm excelentes exemplos disso.

Ressalto mais uma vez que nada acontece sem fortes lideranças. **Ciência não vale nada se não conta com a liderança de legisladores para traduzi-la em ações e investimentos.** Acho que há possibilidade de a liderança pensar a respeito de para onde a ciência está indo.

Questão de um Juiz da Infância e da Juventude: “– A realidade brasileira, especialmente no Nordeste, mais especialmente ainda na região sertaneja, é de mães, de mulheres que, ainda gestantes, vivem uma vida de privações. Qual é a sugestão para mudança quando se atuar especialmente para a mulher gestante?”

Resposta do Dr. Shonkoff: “– Antes de responder, quero fazer um comentário sobre os juízes, pois a pergunta veio de um juiz. Os juízes são uma parte muito importante da história. Precisamos engajarnos com o sistema judicial, porque os juízes lidam com problemas das famílias, eles vêem as crianças crescerem dentro dessas situações problemáticas.

Sobre a questão do ambiente durante a gravidez, do estresse durante a gravidez, nós criamos a categorização do estresse tóxico. Em muitos dos casos ele é tolerável. Na verdade, não causa muito dano. Quanto à questão do estresse na gravidez nós precisamos preocupar-nos, como em qualquer área, com o nível do estresse no dia a dia. É o estresse relacionado a se conseguir prover alimentação ou habitação para a família, a se enfrentar a violência que acontece no bairro, problemas com drogas, tudo isso são fontes de estresse. Nós precisamos ajudar as pessoas a lidar com essas questões durante a gravidez com o cuidado no pré-natal, quando se checa a urina, a pressão. Nós podemos olhar essa situação. Às vezes, pessoas estão passando por tanto estresse que é importante fornecer esse tipo de apoio para diminuí-lo.

Essa questão não é a de um partido político contra outro, não é a de uma ideologia contra outra; é uma questão brasileira. Sabemos que todos nós temos os nossos problemas políticos, mas poderiam ser consideradas as pessoas que estão em circunstâncias mais difíceis. É também uma responsabilidade moral. Essa é a análise de benefício muito grande. As estatísticas mostram que são as pessoas que participam desses ambientes mais complicados e negativos que terão mais problemas, serão menos produtivas. Todo o mundo paga um preço por isso. Trata-se, portanto, de uma questão moral e de um benefício muito grande quando se investe nessa área.

Parte do problema, quando nós falamos sobre os ambientes, é a pobreza. A maioria da população acha que nós não podemos fazer nada sobre isso, mas a ciência está dizendo que temos novas maneiras de entender isso e não deveríamos continuar a fazer as coisas de um modo que não está funcionando.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA: A ESTRATÉGIA DOS 1.000 DIAS³⁷

Cesar Victora

*Professor Emérito da Universidade Federal de Pelotas
Ex-Presidente da Associação Epidemiológica Internacional
Perito em Nutrição Infantil da OMS*

As pesquisas têm trazido muitas contribuições para a infância e é altamente elogiável a proposta do Marco Legal da Primeira Infância. Nesta oportunidade, vou falar de algumas pesquisas que realizamos nos últimos anos e que, de alguma maneira, têm influenciado as políticas, trazendo benefícios concretos:

- a. Recomendações sobre o Aleitamento Materno Exclusivo (OMS).
- b. Criação do Padrão Internacional de Crescimento Infantil.
- c. Estratégia dos “1.000 Primeiros Dias”.
- d. Monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

1. ALEITAMENTO MATERNO

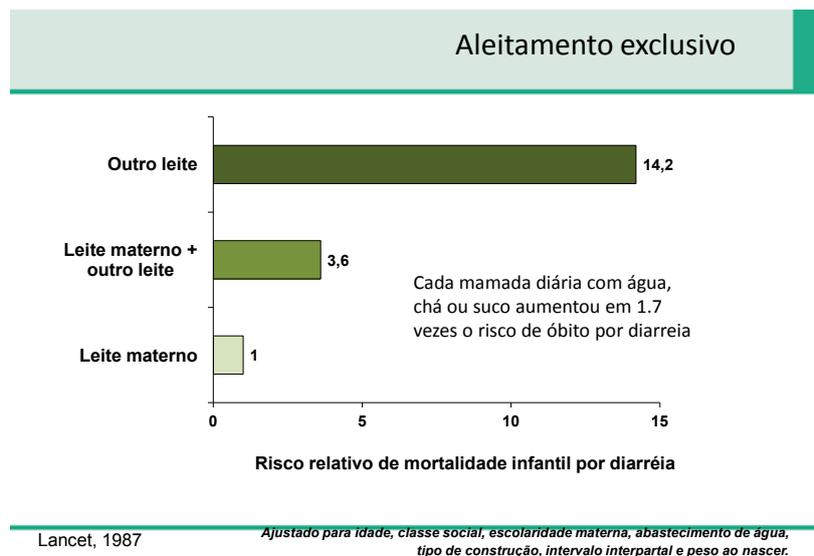
Até os anos 80, o que eu fazia com os meus filhos e com os meus pacientes? Recomendávamos que, logo a partir dos 2 ou 3 meses de idade, a criança começasse a receber chás, água, suquinhos, além do leite materno. Era essa a recomendação naquela época.

Nós fizemos um grande trabalho em Porto Alegre – RS, e em Pelotas – RS, publicado na Revista *The Lancet*, em 1987³⁸, e descobrimos algo novo e inusitado para o conhecimento da década de 80.

Quando observamos qual era o risco das crianças morrerem por diarreia, observamos que aquelas que não tomavam leite materno – só tomavam outro tipo de leite – morriam 14 vezes mais do que as que tomavam o leite materno. E as que misturavam leite materno com outro leite apresentavam um nível intermediário de mortalidade: morriam 3,6 vezes mais por diarreia. Isso acontecia de forma semelhante também no caso de pneumonia e de outras infecções, mas, no caso da diarreia, o efeito era mais claro.

37 Adaptado de apresentação realizada em Audiência Pública realizada para debate do PL 6.998/2013, na Câmara dos Deputados, em 27/05/2014.

38 VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S.M.; GIGANTE, L.P.; SMITH, P.G.; NOBRE, L.C.; TEIXEIRA, A.M.B.; MOREIRA, L.B.; BARROS, F.C. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infections diseases in Brazil. *The Lancet*. August 8, 1987.



Descobrimos que cada mamadeira que a criança recebia de água ou chá, que nós considerávamos algo inócuo, que não fazia mal nenhum dar um chazinho para a criança, aumentava em 1,7 vez o risco de morte por diarreia, ou seja, aumentava em 70% o risco de ela morrer. Por quê? Porque muitas vezes a mamadeira estava contaminada, não era bem esterilizada, e foi a primeira vez que isso foi descoberto. Nosso artigo, indicado anteriormente, foi o primeiro no mundo que relatou esse efeito.

Com base nesta e em outras pesquisas realizadas em vários países, a partir de 1991, o Unicef e a OMS passaram a recomendar a partir daquela época o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Isso foi um grande avanço. Nós realmente nos demos conta de que é importante amamentar exclusivamente sem mais nada – sem água, sem chá, sem outro tipo de alimento – porque o aleitamento exclusivo é suficiente.

É claro que isso tem implicações para a legislação, porque aquela mãe que tem que trabalhar logo que a criança nasce vai ter dificuldade de aleitar exclusivamente a criança durante seis meses. Mas essa é a nossa recomendação científica.

Contudo, apenas metade das crianças brasileiras recebe aleitamento exclusivo. Então, nós precisamos da ajuda dos parlamentares para criar legislações, no sentido de acelerar essas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento. A licença-maternidade tem que ter uma duração adequada para o aleitamento exclusivo.

A segunda e a terceira questão é que as pressões comerciais de alimentos infantis são muito fortes. Nós temos uma lei aprovada pelo Congresso (PL 11.265/2006) que ainda não foi devidamente recomendada, que regulamenta a publicidade de alimentos infantis, de chupetas ou bicos e mamadeiras, cujos resultados foram, em grande parte, em função das pesquisas que mencionei.

2. CURVAS DE CRESCIMENTO INFANTIL

Até 1990, aproximadamente, a OMS recomendava curvas norte-americanas para avaliação do crescimento infantil. Eram as melhores curvas que havia, mas eram feitas em uma única comunidade de crianças brancas que recebiam principalmente aleitamento artificial. Menos de 20% dessas crianças mamavam no peito. Então, todo crescimento que era considerado normal, naquela época, era baseado nessas curvas americanas. Alguns países tinham suas próprias curvas: a Inglaterra tinha as suas, a Itália tinha as suas, e assim por diante.

Em 1994, fizemos uma reunião, em um comitê de peritos da OMS e chegamos à conclusão de que essas crianças da curva eram muito gordas. A curva americana *não refletia o crescimento normal de uma criança*

amamentada. O que estava acontecendo em função disso, naquela época? O pediatra, o agente de saúde, o enfermeiro achavam que a criança amamentada ao peito estava abaixo da curva e, então, recomendavam a introdução de leite artificial. Isso era um erro conceitual. A curva *é que* estava errada.

Nós fizemos um grupo de trabalho, escrevemos um projeto de pesquisa – tive oportunidade de liderar o grupo científico – e nós resolvemos escolher crianças de diferentes lugares do mundo, todas de famílias com boas condições socioeconômicas, porque não poderíamos fazer uma curva ideal baseada em famílias pobres, por exemplo, nas quais ainda existe subnutrição. Então, nossa amostra foi composta por crianças de seis países, com as seguintes características: pertencentes a famílias com boas condições socioeconômicas; com mães saudáveis e não fumantes; nascidas a termo, de parto único; com acompanhamento médico regular; amamentadas por mães dispostas a seguir as recomendações da OMS e Unicef. Dentre essas características, eu quero chamar a atenção para a última: essas crianças eram amamentadas.

Então, nós passamos a definir a amamentação como o normal do ser humano e passamos a julgar o crescimento de outras crianças com base no crescimento das crianças amamentadas. É o contrário do anterior, porque, até então, o normal era aquela criança norte-americana obesa, que recebia mamadeira. Nós redefinimos o normal.

Bem, juntamos equipes de seis países, inclusive, norte-americanas, norueguesas, um grupo da África, de Gana, um grupo de indianos, um grupo do Oriente Médio, com o mesmo protocolo: *The Who Multicentre Growth Reference Study*³⁹. Essas pessoas foram treinadas em Pelotas –RS, pelo nosso grupo, com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde.

2.1. Mapa Mundi do Who (MGRS)

A seguir, vemos a curva que a OMS realizou, baseada nos dados dos seis países juntos. Observamos algo interessante: que as crianças amamentadas — do Brasil, da África, da Noruega ou dos Estados Unidos – cresciam de uma maneira muito parecida. Não havia grandes diferenças. É como se isso fosse o normal do ser humano, o crescimento ideal do ser humano.

A partir desta descoberta, estas curvas de crescimento se tornaram a referência internacional para avaliação das crianças.

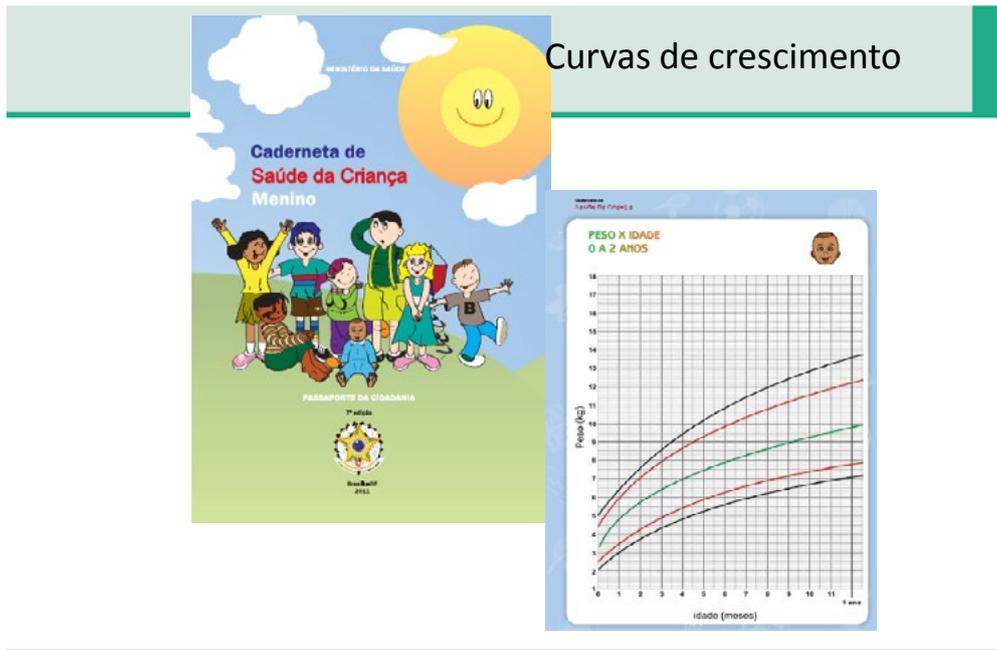


39 ONIS, M.; GARZA, C.; VICTORA, C.G.; ONYANGO, A.W.; FRONGILLO, E.A.; MARTINEZ, J. *The Who Multicentre Growth Reference Study*. Planning, study design, and methodology.

Cento e quarenta países já adotaram essas curvas. Vocês veem, em vermelho, os que não adotaram: Rússia, Venezuela, alguns países europeus. Os países em verde já adotaram a curva, e os países em amarelo estão no processo de adoção da curva.

2.2. Mapa dos países que já adotaram as Curvas de Crescimento

Qualquer criança que vá a um Posto de Saúde no Brasil é avaliada por essa nova curva, que está na Caderneta de Saúde da Criança. Meu neto que mora nos Estados Unidos também é avaliado por esta curva, assim como crianças de outros 140 países. Isso é uma grande contribuição das pesquisas que realizamos.



O que ainda precisamos fazer? Temos de expandir a questão do monitoramento do crescimento, do acompanhamento do crescimento das crianças. É muito importante pesar as crianças, mas é mais importante medir a altura. O crescimento em altura da criança é o que melhor reflete se essa criança está sendo bem cuidada, bem alimentada, se está sendo amada, inclusive, porque reflete até aspectos psicológicos, e se ela tem muitas infecções. Então, a altura é fundamental. Nós temos de expandir a questão de confiar mais na altura do que no peso, porque excesso de altura não existe. A gente não tem uma criança supernutrida que vai ficar um gigante. Não, em altura atinge-se o potencial biológico e se chega a esse potencial, mas o excesso de peso é um problema importantíssimo. Nós temos de usar essa curva, baseada em crianças amamentadas, porque é ela que detecta bem a obesidade infantil, que é uma grande epidemia que está afetando o nosso País.

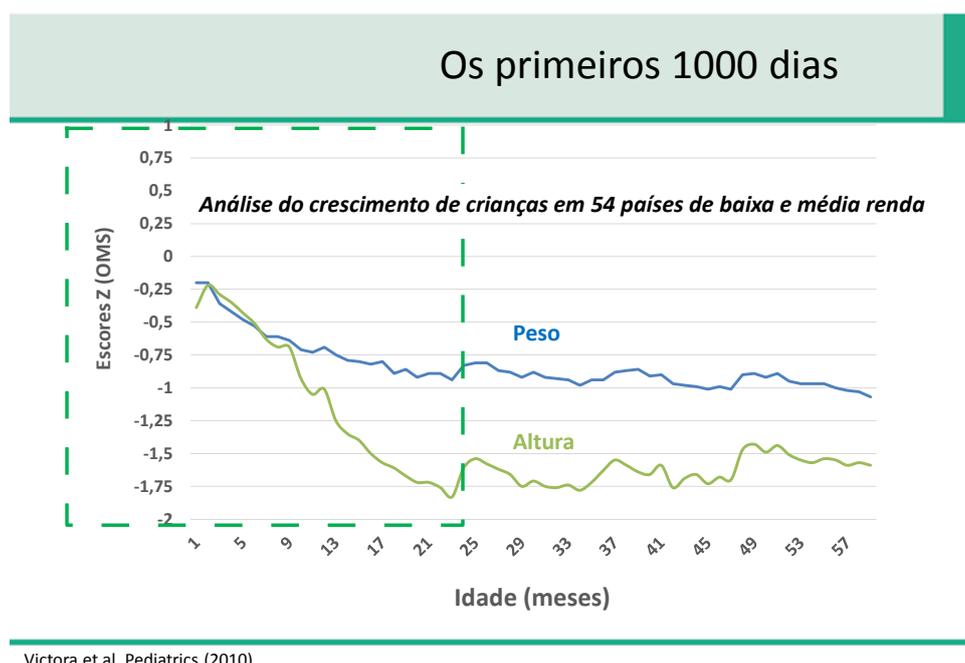
Outra coisa para a qual eu gostaria de chamar a atenção é que nós precisamos ter inquéritos mais frequentes. A última pesquisa nacional, que mediu obesidade e subnutrição em crianças, foi em 2006, 2007. Está em andamento uma nova pesquisa, mas precisamos de alguma maneira medir mais frequentemente. Nós temos de detectar precocemente o sobrepeso e a obesidade infantil, que está virando uma epidemia, com sérias consequências para a saúde a longo prazo.

3. A ESTRATÉGIA DOS 1.000 DIAS

Os primeiros mil dias de vida determinam a saúde e o capital humano do adulto. Este é um conceito muito interessante, que tem muita relevância para a legislação brasileira. Antes de descobriremos este conceito, todas as crianças menores de cinco anos eram consideradas uma unidade única, um grupo homogêneo.

Nós começamos a realizar uma série de pesquisas e ver que não é bem assim: os primeiros dois anos são muito mais críticos do que o terceiro, o quarto e o quinto ano. São todos importantes, mas o começo da vida é mais crítico ainda.

Isso começou com uma reanálise que nós fizemos, com estudos em 54 países, inclusive, no Brasil, em que nós achamos, digamos assim, essa curva de crescimento da criança.



Uma criança normal, na curva apresentada acima, seguiria reta no zero. A linha zero, onde estaria uma criança normal, seguiria com a idade embaixo, seguindo na linha do zero. Nós observamos que é nos primeiros dois anos que as crianças que ficam subnutridas vão perdendo peso e altura. Não é que elas percam altura, elas não ficam mais curtas, mas elas não ganham o que deveriam estar ganhando. Elas perdem em termos relativos. Essa curva toda é expressa em desvios padrões, uma técnica estatística, para revelar a desigualdade, a posição relativa. Depois dos dois anos, vocês veem que essas linhas ficam mais ou menos retas. Elas seguem mais ou menos no mesmo nível. Disto adveio esse conceito dos mil dias, porque se vocês somarem os 270 dias da gestação, que é um período crítico, com os 365 dias do primeiro ano e os 365 do segundo ano de vida, dá exatamente mil dias. Então, criou-se esse conceito dos mil dias críticos para o desenvolvimento da criança.

Em Pelotas – RS, temos os estudos das coortes⁴⁰ de crescimento das crianças. Temos três grupos de crianças e estamos começando um quarto, com apoio, inicialmente, de organizações internacionais: Organização Mundial da Saúde, Unicef, e agora do Ministério da Saúde e da Secretaria de Ciência e Tecnologia. Nós acompanhamos todas as crianças nascidas em Pelotas-RS, desde o nascimento, nos anos de 1982, 1993, 2004 e estamos começando agora com as gestantes que terão filhos ano que vem.

40 Coortes são estudos conhecidos também como longitudinais, que se baseiam na identificação de um grupo de indivíduos e no seu acompanhamento por um período de tempo. (http://epidemiologia.ufpel.org.br/site/content/coorte_2004/index.php)

Dentre as seis mil crianças que nasceram em Pelotas – RS, em 1982, nós continuamos estudando 68%, dois terços delas encontram-se agora com 30 anos de idade. É um estudo enorme e bastante caro. A figura a seguir mostra como nós começamos essa pesquisa.

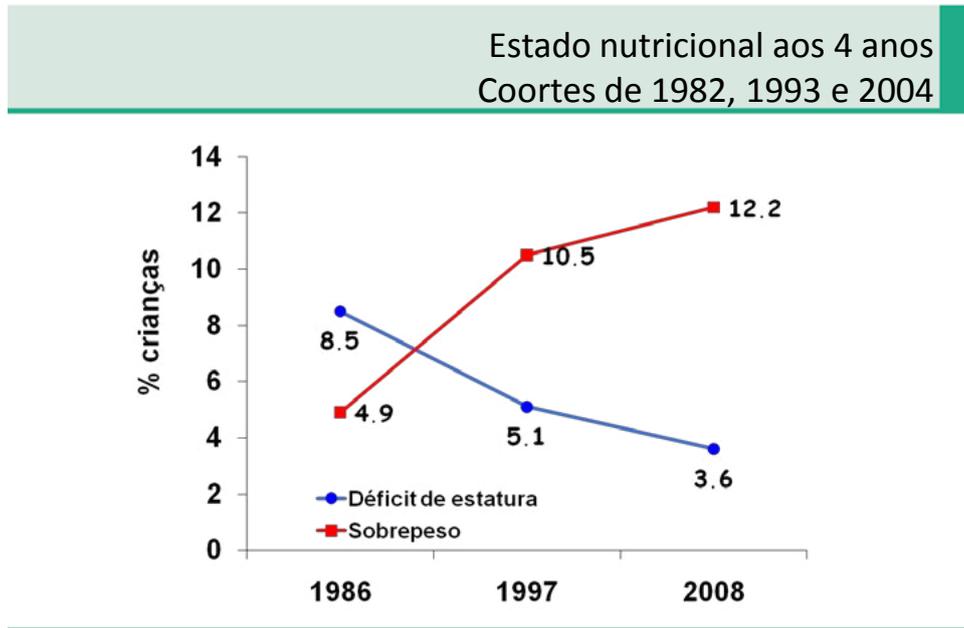


As visitas eram realizadas em casa, com condições precárias de pesquisa. Hoje nós temos um laboratório muito sofisticado, para estudos de composição corporal, de DNA e assim por diante.



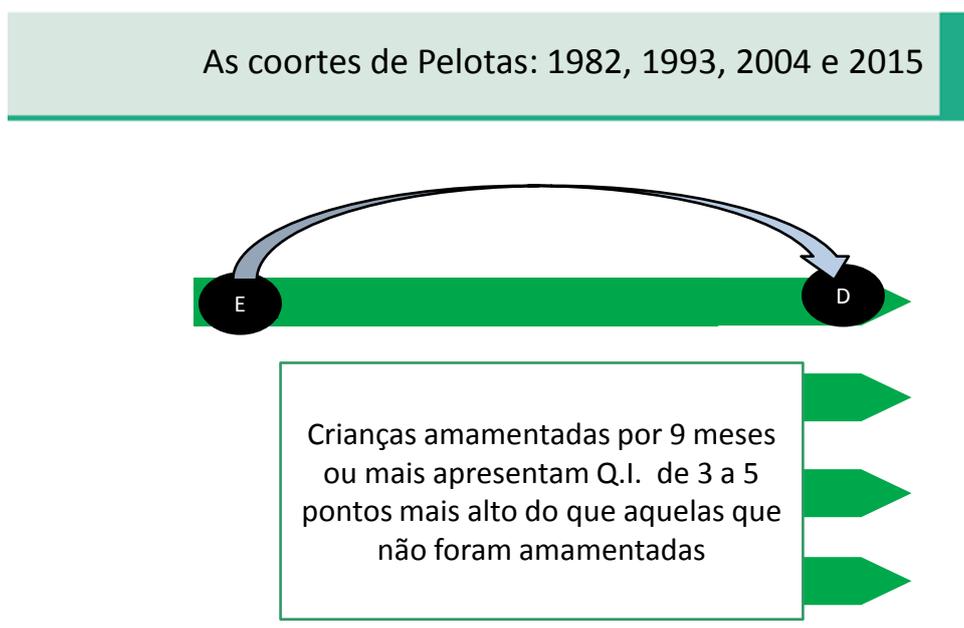
A partir destes estudos, podemos fazer dois tipos de análises. Posso pegar as crianças de cada ano e estudar alguma doença, digamos com quatro ou cinco anos de idade, na mesma idade. Posso ver o que está acontecendo em termos de mudança no tempo.

No gráfico abaixo, podemos ver um dos resultados mais chamativos. A linha vermelha mostra que, com crianças aos quatro anos de idade, tínhamos 4,9% de obesos, na Coorte de 1982 (exame feito em 1986). Na Coorte seguinte, tínhamos 10,5%; e agora temos 12%. Isso indica que estamos realmente com uma epidemia de obesidade.



Mas este estudo traz também uma boa notícia. A linha azul mostra que as crianças que tinham um *deficit* de crescimento, que eram muito baixinhas para a sua idade, que eram subnutridas, como a gente ainda vê em populações pobres que nunca atingem o seu potencial biológico de crescimento – a altura das crianças melhorou. Nós tínhamos 8% de crianças com *deficit* importante de estatura e agora estamos com um *deficit* de 3%. Nisso houve bastante progresso.

O próximo gráfico mostra outro tipo de análise que este estudo nos permite fazer. Nós podemos pegar a mesma criança e ver como ela era no começo da vida – e ela agora já não é mais criança, é um adulto – e ver o que acontece, por exemplo, aos 30 anos de idade.



O dado acima é bem recente, mostra que aquela criança que foi amamentada por mais tempo, pelo menos por nove meses, tem o QI de 3 a 5 pontos mais alto aos 30 anos de idade. Isso porque o leite materno é essencial para a formação do cérebro da criança. O tipo de ácido graxo que forma a infraestrutura do cérebro só é encontrado no leite materno. O leite de vaca ou o leite artificial ou leite em pó não têm esse tipo de substância que permite o melhor desenvolvimento cerebral dessa criança. E 30 anos depois nós ainda conseguimos detectar uma vantagem do leite materno. Por isso que essa legislação sobre a infância é tão importante: não é só para fazer a criança mais saudável, é para criar um país mais rico, mais produtivo e mais equitativo na próxima geração, dando a todas as crianças a oportunidade de alcançarem o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Esse tipo de dado não é só nosso. Já existem estudos em outros países que mostram que, sem sombra de dúvidas, a amamentação aumenta a inteligência não só na infância, mas até a vida adulta. Portanto, é fundamental o apoio à amamentação.

Agora eu queria mostrar a vocês, dentro desse tema dos mil dias, os resultados de um consórcio que fizemos. Nós pegamos as cinco maiores Coortes do mundo fora dos países ricos: uma no Brasil, uma na Guatemala, uma na África do Sul, uma em Nova Deli, na Índia, e outra nas Filipinas, em Cebu, e fizemos a seguinte pergunta: “Como é que o ganho de peso dessa criança influencia sua saúde na vida adulta?” Porque estamos preocupados, não queremos que uma criança se torne um adulto obeso, nós queremos que ela cresça bem. E mais: “Quais os riscos associados ao ganho rápido de peso?”⁴¹.

Não estudamos só doenças, estudamos muito o capital humano. Este inclui: altura, inteligência/escolaridade, renda/produzitividade econômica, desempenho reprodutivo, entre outros. O capital humano significa a criança atingir a altura para a qual ela tem o potencial genético, atingir o nível de inteligência, avançar na escola, ser economicamente produtiva como adulto e ter filhos saudáveis também. Que seus filhos nasçam em boas condições. Esse é o conceito que nós chamamos de capital humano. E o que ficou muito claro, e fizemos uma série de artigos científicos mostrando isso, é que os primeiros mil dias, até os dois anos de idade, é um período fundamental.

O que eu gostaria de ver sendo feito: que fosse reconhecida a importância fundamental dos primeiros mil dias, como uma janela única de oportunidades dentro da infância como um todo, e que se pensasse em como evitar a obesidade infantil; promovendo o aleitamento — a criança amamentada ganha menos peso que a criança não amamentada; promovendo atividades físicas para gestantes e crianças. Nós vemos que as crianças hoje são paradas, até por uma questão ambiental, por não ter lugar para brincar e jogar; e, finalmente a questão, que eu sei que é polêmica, mas a meu ver é muito importante, que é a da regulamentação da publicidade de alimentos para crianças, pois as crianças estão consumindo muitos alimentos obesogênicos e nocivos à saúde, devido à publicidade. Precisamos promover uma alimentação saudável.

Este é um aspecto muito importante. O rascunho das modificações da lei, o esboço que eu vi, que me foi enviado pela Câmara dos Deputados, menciona esse aspecto, e eu acho que esse aspecto, embora seja polêmico, é muito importante. Nós temos que evitar a obesidade lá no começo da vida, a partir dos dois anos de idade, para não termos que depois enfrentar uma geração de obesos. Mais de 50% das “crianças” – entre aspas – de 1982 já são obesas hoje, aos 30 anos de idade, já têm sobrepeso e obesidade, que é um índice alarmante.

41 VICTORA, C.G.; ADAIR, L.; FALL, C.; HALLAL, P.C.; MARTAREL, R.; RICHTER, L. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Harshpal Singh Sachdev, on behalf of the Maternal and Child Undernutrition Study Group. *COHORTS – Consortium of Health Oriented Research in Transitioning Societies*: Brazil, Guatemala, Índia, Philippines, South Africa.

4. OBJETIVOS DO MILÊNIO

A partir de um grupo do qual faço parte, elaboramos cinco relatórios, a partir de 2005, para monitorar o crescimento dos países em termos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁴². Esses objetivos, que todos vocês conhecem, são oito, e entre eles há dois que são particularmente importantes, do meu ponto de vista, porque é a minha área de trabalho, que é o de reduzir a mortalidade infantil e o de melhorar a saúde materna, são os objetivos quarto e quinto do milênio. Isso representa uma iniciativa internacional para monitorar o progresso na saúde materno-infantil.

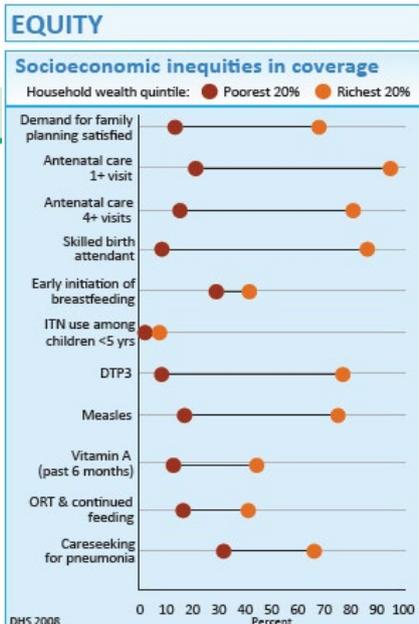


Até recentemente, em 2005, mais ou menos, não havia nenhum mecanismo superinstitucional envolvendo diferentes setores da sociedade mundial, da comunidade mundial para monitorar esses objetivos, e eles eram somente avaliados em nível nacional, eles não eram avaliados para os mais pobres, ou para as populações indígenas, ou por sexo da criança, ou por diferentes regiões do País, era uma avaliação nacional, o País vai atingir ou não vai atingir o objetivo.

Então, em 2003, nos propusemos a criar um mecanismo e nos reunimos a cada dois anos para avaliar o progresso dos Objetivos do Milênio e sugerir novas ações, visando melhorar a saúde das crianças do mundo. A próxima reunião é no mês que vem na África do Sul, quando vamos lançar o relatório de 2014.

Para cada país, nós lançamos uma série de indicadores: de mortalidade, de morbidade, de nutrição, de água, de saneamento e assim por diante. Esse tipo de gráfico, como o da Nigéria, mostra nos círculos mais para o lado direito – mais claros, cor de laranja – a cobertura de intervenções nos mais ricos.

42 www.countdown2015mnch.org



Contagem regressiva para 2015

Análise de desigualdades

Os pontos mostram os níveis de cobertura entre os 20% mais pobres e 20% mais ricos (Nigéria, 2008)

Vocês veem que em muitas intervenções, como água, saneamento, ter um parto assistido por um profissional treinado, receber vacinas, os ricos estão sempre lá em cima. E nos indicadores dos pobres, a maioria das intervenções está lá embaixo, com uma cobertura de 10%, de 5%. Nossa análise, então, é centralizada não só em dizer se o país vai bem, nesse caso a Nigéria, mas também precisamos dizer como vão os pobres da Nigéria, como é que estão aquelas populações mais excluídas, como estão sendo alcançadas por todas essas intervenções que deviam estar alcançando todo mundo.

Aliás, eu queria fazer um parêntese e dizer que em geral o Brasil está muito bem em relação a isso. O Brasil tem trabalhado muito bem nessa questão de saúde de mães e de crianças, com algumas exceções que eu vou falar daqui a pouco, mas estamos bem. Nós vamos alcançar a meta do Desenvolvimento do Milênio para mortalidade infantil, mas para mortalidade materna provavelmente não vamos alcançar. Principalmente na parte da criança, nós temos tido bastante sucesso. Essa iniciativa inclui 20 organizações, inclui UNICEF, Organização Mundial da Saúde, lá no meio está a Universidade Federal de Pelotas também, que é uma das organizações que está envolvida nesse consórcio mundial.

Resumindo, não havia um mecanismo integrado, não havia análise das desigualdades dentro dos países. Agora com essa iniciativa, que nós chamamos de Contagem Regressiva para 2015 (*Countdown to 2015*), nós estamos monitorando de forma frequente e com o apoio de vários órgãos internacionais que estão facilitando esse nosso trabalho de pesquisa.

As metas do milênio, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio acabam em 2015, por definição. Então já está havendo uma série de reuniões, das quais o Brasil está participando, para definir as novas metas. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) englobam 16 áreas, entre as quais pobreza, fome, nutrição, saúde, educação, conforme listado a seguir:

- a. Pobreza;
- b. Fome e nutrição;
- c. Saúde;

- d. Educação;
- e. Igualdade de gêneros;
- f. Água e saneamento;
- g. Energia;
- h. Crescimento econômico;
- i. Industrialização;
- j. Cidades;
- k. Consumo e produção sustentáveis;
- l. Mudanças climáticas;
- m. Recursos marinhos.
- n. Ecossistemas e biodiversidade;
- o. Parcerias globais para a sustentabilidade;
- p. Paz e segurança.

Considerando a questão do Deputado Osmar, me perguntei: “– Onde está a criança nesses 16 objetivos? Onde aparece a criança?”

Na nutrição, aparece a questão da subnutrição, evitar os *deficits* de crescimento. Não se fala em obesidade, é interessante. Os objetivos, por enquanto, só falam em subnutrição. Na saúde, aparece a mortalidade de crianças, a mortalidade neonatal e com metas para atingir uma mortalidade neonatal abaixo de dez por mil, por exemplo, essa é meta atual. Esse processo ainda está em negociação, mas estão se firmando essas metas: reduzir a mortalidade infantil e erradicar a transmissão de HIV da mãe para o filho, que nós chamamos de transmissão vertical. Na área escolar e na educação, aparece a questão da pré-escola, aumentar em “x” por cento. Ainda não foi definido qual é esse percentual, mas há uma meta já planejada para isso. Na questão do gênero, há a questão da menina adolescente, o casamento precoce, o casamento de crianças, que é comum em algumas sociedades menos desenvolvidas. No crescimento econômico, erradicação do trabalho infantil. E nesse último objetivo, que é o de paz e de segurança, reduzir a exploração de crianças, por exemplo, para cometer crimes e usá-las dentro de atividades criminosas.

Essa é a situação atual. Acho que a criança está bem contemplada na definição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Vai ser interessante manter alerta sobre como estão evoluindo esses objetivos, porque o processo ainda está em fase de elaboração. Até o ano que vem vão ser definidos os objetivos. E nós, Brasil, provavelmente seremos signatários dessa nova parceria, desse novo pacto. Então teremos que efetuar uma série de ações para atingir esses objetivos.

5. DESAFIOS

5.1. Obesidade Infantil

Como alguém que estuda crianças no Brasil há quase 40 anos, acho que o primeiro desafio que temos a enfrentar é a obesidade infantil. É uma epidemia e temos que fazer algo muito sério sobre isso.

5.2. Excesso de Cesarianas

O segundo desafio são as cesarianas. Há 25 anos, escrevemos um artigo científico sobre a epidemia de cesarianas no Brasil, quando o índice era de 28%. Atualmente, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SISNASC, em 2012, estamos com 55,8% de nascimentos por cesarianas. Quer dizer, a maioria dos partos do Brasil é cesariana. O Brasil é o líder mundial. A China vem em segundo lugar. Os chineses só podem ter um filho por casal, até agora, pelo menos. Eles escolhem muito o sexo, mas eles têm quarenta e pouco por cento de cesarianas e nós temos 55%. Os países desenvolvidos têm 15%, 20%, 25%. A OMS recomenda que não seja mais do que 15%, é a recomendação internacional, então estamos muito acima do previsto.

Por que é ruim cesariana? Há muitos estudos sobre isso⁴³. Ela aumenta a morbidade e a mortalidade da mãe. Eu creio que uma das razões pelas quais no Brasil a taxa de mortalidade materna não cai, como deveria cair, é o excesso de cesarianas. Eu não tenho dúvida nenhuma de que o excesso de cesarianas está contribuindo para o Brasil não atingir a Meta do Milênio 5, que a é de reduzir a mortalidade materna. Ela aumenta a mortalidade do feto e do recém-nascido, aumenta os custos, é cara, e aumenta as internações.

Há vários estudos que mostram que a criança que nasce por cesariana tem mais obesidade, porque ela não entra em contato com a flora vaginal da mãe, ela não ingere algumas bactérias na hora em que ela está sendo expelida pelo canal vaginal. A sua flora intestinal é diferente, é uma flora que leva mais à obesidade, porque ela não nasce via normal. Quer dizer, se ela nasce por cesariana, ela não tem esse contato com a flora vaginal da mãe, ela tem um intestino diferente, e, portanto, isso leva a maiores índices de obesidade.

A cesariana dificulta a amamentação – não é impossível amamentar no caso de se fazer cesariana, mas é mais difícil – e aumenta os gastos hospitalares em cerca de 40%, comparada ao parto normal.

A seguir, apresento um relatório de um estudo que fizemos no ano passado, encomendado pelo Unicef do Brasil – Fundo das Nações Unidas para a Infância, e pelo Ministério da Saúde.

Partos por cesariana (%) no Brasil, 2012

Município	Estado	Região	Número de nascimentos	Cesarianas (%)
Dez municípios com maiores taxas				
Guaratinguetá	São Paulo	Sudeste	1431	84.1
Varginha	Minas Gerais	Sudeste	1628	84.8
Ituiutaba	Minas Gerais	Sudeste	1185	84.8
Uberlândia	Minas Gerais	Sudeste	8594	85.1
Ubá	Minas Gerais	Sudeste	1421	85.5
São José do Rio Preto	São Paulo	Sudeste	5215	85.7
Barretos	São Paulo	Sudeste	1483	88.9
Lorena	São Paulo	Sudeste	1188	89.7
Matão	São Paulo	Sudeste	1001	90.1
Votuporanga	São Paulo	Sudeste	1040	91.2

43 VICTORA, C.G. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO Global Survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 2006, 367: 1819-29.

Aqui nós não estamos falando em municípios pequenos. Esse é um município com pelo menos 500 nascimentos por ano, que tem taxas de cesariana de 84% até 91%. O recordista é Votuporanga, em São Paulo, Matão, Lorena, Barretos e São José do Rio Preto.

Eu tomo a liberdade de dizer que para mim isso é um caso para o Ministério Público. Nós não podemos conceber que um município tenha tanta cesariana. Não são necessárias mais do que 10% a 15% de cesarianas. O resto é cesariana desnecessária, que aumenta o risco da mãe e aumenta o risco da criança.

Então, trouxe esses dados para chamar a atenção que os maiores índices são todos do Sul e do Sudeste. O próximo quadro, por sua vez, mostra onde há pouca cesariana no Brasil.

Partos por cesariana (%) no Brasil, 2012

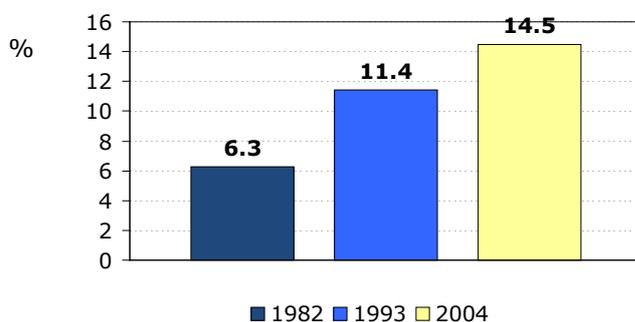
Município	Estado	Região	Número de nascimentos	Cesarianas (%)
Dez municípios com menores taxas				
Óbidos	Pará	Norte	1037	9.5
Tabatinga	Amazonas	Norte	1607	10.6
Alenquer	Pará	Norte	1227	14.3
Portel	Pará	Norte	1151	17.0
Maués	Amazonas	Norte	1338	17.0
Oriximiná	Pará	Norte	1301	17.7
Breves	Pará	Norte	2098	17.8
Barreirinhas	Maranhão	Nordeste	1168	18.8
Viana	Maranhão	Nordeste	1078	19.7
Viseu	Pará	Nordeste	1387	20.9

Onde há menos cesariana é no Norte e Nordeste, mas ainda é relativamente pouco, porque, como vocês sabem, a Organização Mundial da Saúde fala em até 15%. Nós falamos que 10% a 15% seria um nível aceitável. A maioria dos níveis aceitáveis de cesariana está na região Norte: Pará, Amazonas e Maranhão.

5.3. Prematuridade

É importante entender o que acontece em função da cesariana. Uma das consequências é a prematuridade. Nós estamos com 11,7% de prematuros no Brasil. As UTIs neonatais no Brasil estão lotadas. Nós temos muitas crianças nascendo antes do tempo. Em Pelotas – RS, no primeiro estudo que nós fizemos, em 1982, nós tínhamos 6% de prematuros. No último estudo, nós estamos com praticamente 15%.

Nascimentos prematuros em Pelotas* (menos de 37 semanas)



(*) nascidos vivos

Lancet, 2005

E o que as pesquisas identificam como consequências da prematuridade e do baixo peso ao nascer, em função de a criança sair antes do tempo do útero?

- Aumento na morbidade e mortalidade infantis;
- Maior uso de serviços de saúde;
- Maiores gastos hospitalares;
- Retardo no desenvolvimento infantil;
- Redução no capital humano da próxima geração.

Se falamos de capital humano, de inteligência, de desenvolvimento, a prematuridade contribui, sem dúvida nenhuma, para não deixar o Brasil se tornar um país tão próspero na próxima geração quanto deveria ser. Então, o que nós precisamos fazer?

Precisamos desmedicalizar o parto. Não é só a cesariana, nós temos muita indução de parto também. Nós não deixamos a criança querer nascer para iniciar o trabalho de parto no Brasil, o que é uma coisa muito séria. A criança não avisa para a mãe: “Eu estou pronta”. E aí começa o trabalho de parto e o médico intervém. Não, nós estamos tirando essas crianças do útero antes do tempo, baseados em um exame de ultrassom, que pode estar certo ou pode estar errado. Isso também contribui para a prematuridade.

Nós temos que incentivar mais o parto natural. Eu vi mencionada no projeto de lei a questão da analgesia durante o parto, que eu acho muito importante. Eu acho que vai ter que se enfrentar essa questão, que atualmente não se oferece. Nós precisamos educar mais a população de que cesariana é perigosa, porque temos a falsa ideia de que cesariana não tem problema algum: “Ah, a minha mulher fez cesariana e está bem”. Claro, a maioria das pessoas que faz cesariana sai bem, mas há um aumento de risco e os grandes estudos científicos demonstram isso.

No atual cenário, seria até o caso de se fazer algumas auditorias em municípios onde há 90% de cesarianas. Alguma coisa está acontecendo nesses municípios. Não é possível, é inadmissível ter uma taxa tão elevada.

Concluindo, essas são as questões que eu queria trazer como contribuição e ressaltar a importância de estarem contemplando a questão da infância, em suas múltiplas dimensões, porque é assim que nós vamos investir numa próxima geração de brasileiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, F. C.; VICTORA, C.G; BARROS, A.J.D.; SANTOS, I.S.; ALBERNAZ, E.P; MATIJASEVICH, A.; DOMINGUES, M.R.; SCLOWITZ, I.K.T.; HALLAL, P.C.; SILVEIRA, M.F; VAUGHAN, J. P. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *The Lancet* (British edition), v. 365, p. 847-854, 2005.

BRION, M.-J.; VICTORA, C. ; MATIJASEVICH, A.; HORTA, B.; ANSEMI, L.; STEER, C.; MENEZES, A.M.B. ; LAWLOR, D. A.; DAVEY SMITH, G. Maternal Smoking and Child Psychological Problems: Disentangling Causal and Noncausal Effects. *Pediatrics* (Evanston), v. 126, p. e57-e65, 2010.

VICTORA CG ; SMITH, P. G. ; VAUGHAN, J Patrick ; NOBRE, L. C. ; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, Ana Maria Ferreira Borges ; FUCHS, Sandra Costa ; MOREIRA, Leila Betrami; GIGANTE, L. P. ; BARROS, Fernando Celso. Evidence for Protection by Breast-Feeding Against Infant Deaths from Infectious Diseases in Brazil. *The Lancet* (British edition), v. 330, p. 319-322, 1987.

VICTORA CG ; BARROS, Fernando Celso. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *The Lancet*, v. 367, n.9525, p. 1796-1797, 2006.

NIGERIA, 2008.

www.countdown2015mnch.org

CUIDAR DOS CUIDADORES E RESPEITAR O RITMO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A CONTRIBUIÇÃO DE EMMI PIKLER

Sylvia Nabinger

Assistente Social, Doutora em Direito de Família; Especialista em Saúde Mental pela Université Paris 13, Terapeuta de Família e Casal, Perita Judicial e Representante da Rede Pikler no Brasil

A compreensão da importância de cuidar dos cuidadores adveio da minha experiência de quarenta anos como perita assistente social no Juizado da Infância de Porto Alegre. Fiz o meu Doutorado em Direito de Família para poder sensibilizar os meus iguais, ou seja, os operadores da Justiça, na questão da infância, mas me dei conta rapidamente de que isso era muito pouco. Logo percebi que havia uma carência de políticas públicas adequadas à intervenção precoce. Neste percurso, comecei a trabalhar com um grupo de profissionais motivados pelo bebê, entre eles o Deputado Osmar Terra, no Rio Grande do Sul. Na época, criamos o Instituto Zero a Três (1999). Assim começa a nossa militância nas políticas públicas. Aos poucos, fomos construindo o programa Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul, nos conectando com os outros países latino-americanos e europeus. Lentamente avançamos.

1. CUIDAR DOS CUIDADORES

É preciso cuidar de quem cuida, entendendo que não se pode cuidar se a pessoa não é cuidada. Neste propósito criamos o Grupo Acolher, em Porto Alegre. Por isso essa delicadeza com os cuidadores, que foram deixados em segundo plano, toda essa quantidade de pessoas que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial — CAPS, que trabalham na Educação Infantil, que trabalham nos Abrigos (instituições de acolhimento), que são tão desprestigiados, que não são vistos pela sociedade, que às vezes têm salários tão baixos que passam a ter os mesmos problemas que as crianças de que cuidam. O Acolher tem como objetivo tratar o tema da Primeira Infância com profissionalismo e seriedade, em prol da formação e do aperfeiçoamento das equipes de trabalho, o grupo se propõe a trabalhar com a capacitação das instituições e demais órgãos ligados à medida de proteção. Este serviço é oferecido através de consultorias e seminários de discussão da temática junto à Rede de Atendimento dos Municípios, proporcionando o aperfeiçoamento do trabalho, seguindo os pressupostos do Estatuto da Criança e do Adolescente

Existimos e trabalhamos de forma incansável, porque o olhar da sociedade precisa mudar com urgência, pois as crianças não estão indo para a educação infantil para ser apenas entretidas, alimentadas ou higienizadas. Elas precisam mesmo é de cuidados. E é disso que quero falar, dessa experiência que nós estamos tendo no Rio Grande do Sul, principalmente focando na faixa etária de zero a seis anos.

1.1. Os cuidadores na Primeiríssima Infância

É claro que precisamos trabalhar com a faixa etária de zero a seis anos, mas nós nos demos conta de que a faixa etária de zero a três anos é ainda mais frágil, porque tudo o que nós sabemos e foi confirmado pela descoberta da arquitetura cerebral é que a formação do apego e o ambiente como facilitador desses cuidados são primordiais. Os primeiros três anos de vida vão fortalecer os vínculos de confiança, que vão ser a base do sujeito para o estabelecimento das relações, tanto internas quanto externas. Mas hoje as crianças estão indo para a educação infantil muito precocemente — muitas, logo após o nascimento. Esse papel foi delegado aos cuidadores e esse vínculo de confiança, às vezes, é prejudicado. Com isso, o papel delegado aos pais, de fortalecimento de vínculos de confiança, é repassado também aos educadores, que são uma extensão na proteção e estabelecimento de cuidados básicos e afetivos.

Os bebês, com poucos meses de vida, vão para estabelecimentos coletivos, onde passam muitas horas, com uma rotina pedagógica espelhada no sistema escolar, rígida, rápida, brusca e com cuidados básicos mecânicos. De maneira geral, os educadores, presos a uma rotina pré-estabelecida pela instituição, circulam entre os bebês sem respeitar a individualidade daqueles que recebem o cuidado.

Como fazer para que o tempo em que o bebê passa fora do ambiente familiar não seja um tempo perdido e, sim, um tempo ganho?

2. FILOSOFIA EMMI PIKLER

Nós encontramos a Filosofia da Emmi Pikler, pediatra húngara formada em Viena, que foi responsável por um abrigo para crianças órfãs e abandonadas, após a Segunda Guerra Mundial. Ela criou uma forma excepcional de ensinar e cuidar das crianças pequenas em sistemas coletivos. A pediatra acreditava na necessidade de buscar soluções originais, levando em conta os mínimos detalhes da vida cotidiana como uma fórmula de vida em longo prazo. Eram necessárias soluções que permitissem que a personalidade da criança pudesse se construir com riqueza de relações de profundo interesse do adulto, para que ela pudesse ter um desenvolvimento afetivo e mental sadio, para que fosse capaz de estabelecer vínculos profundos, duradouros e significativos, e que mais tarde fosse capaz trabalhar e levar uma vida em família.

A filosofia da Emmi Pikler é baseada em um ambiente previsível por meio dos cuidados básicos no momento da troca, do banho e da alimentação. O profundo respeito pela criança no seu ritmo e interagindo com o adulto em todos os momentos do cotidiano, através do olhar atento, do toque cuidadoso no manuseio do corpo do bebê e prestando atenção na interação, tanto do cuidador, como do bebê. Este processo de cooperação mútua permite ao bebê conhecer o educador, e vice-versa, possibilita o desenvolvimento da capacidade de se comunicar e aumentar a confiança com o adulto.

Por parte do cuidador, é preciso prestar atenção no próprio corpo, uma vez que este é o instrumento de trabalho principal na relação com o bebê. Por exemplo, cuidar da temperatura das mãos, cuidar com acessórios como pulseiras, anéis e demais adornos, unhas longas, movimentos rápidos e invasivos sem serem nomeados, ou seja, sem colocar em palavras gestos do cotidiano. Pois é disso que se trata, um corpo de linguagem. É toda uma formação detalhada dos cuidados de como olhar, como tocar e como falar com o bebê, baseada na observação.

2.1. O desenvolvimento da autonomia a partir do respeito ao ritmo da criança

O descobrimento de Pikler reconhece o valor da motricidade livre, que emerge do desenvolvimento postural autônomo. É uma sucessão de fases que permite à criança a possibilidade de explorar e descobrir, inicialmente, seu corpo com domínio e harmonia, sem a interferência direta do adulto.

Adiantar as posturas é adiantar fracassos, segundo Myrtha Chokler. Por que não deixar a criança se desenvolver no seu tempo? Se ela vai se sentar, caminhar mais tarde ou precocemente, não faz diferença, desde que seja sua a motivação. Não há coisa pior para um sujeito do que ser colocado numa postura que ele não pode assumir — se eu estou em desequilíbrio, se eu estou com uma perna levantada e preciso falar agora, vou prestar atenção à minha perna e vou me desorganizar. A experiência humana vai do movimento ao pensamento, nos diria Wallon. Se eu exijo constantemente que essa criança faça coisas que ela não pode ainda fazer, estou pressionando-a, estou estressando-a, e não estou ajudando-a a fazer outra coisa muito importante, que é a formação da autonomia, e não dependência do adulto. Tudo isso a torna capaz de empreender novas experiências e chegar a novos progressos, não só de uma nova postura, mas também com a satisfação e o sentimento de ter sido capaz de conquistar através de seu próprio esforço. Isso representa valores no presente que terão desdobramentos futuros na autoconfiança, perseverança, equilíbrio emocional e força de vontade.

2.2. A importância do vínculo e da interação cuidador-criança

Pensem novamente o bebê como um corpo que deve ser investido. Os ensinamentos de Pikler rumam no sentido de cuidar do bebê conversando com ele. Olhar nos olhos dele e descrever com precisão tudo o que fazem com seu corpo, ou intencionam fazer, e o que ele mesmo produz no contato com o educador. Olhar o bebê de maneira respeitosa é a primeira premissa da interação.

Observando as instituições de acolhimento de crianças pequenas, o que vemos são bebês sendo pegos de surpresa, na maioria das vezes, sem contato visual nem verbal. É algo completamente impessoal, mecânico e desprovido de sentido.

O trabalho com o bebê é justamente contrário à esse processo, pois envolve corpo. Ele é sensorial. Não fazer a interação adequada, não olha-lo, fazer tudo rápido, não esperar pelo tempo dele, não respeitar sua individualidade, são traços que ficarão registrados na sua constituição.

O estímulo deve seguir numa ordem de cooperação mútua, visando a relação cuidador-bebê. O bebê conhece o cuidador e vice-versa. É importante incentivá-lo a sinalizar os seus desejos e, também os seus desconfortos. Balançá-lo no momento do choro é uma agressão se pensarmos que neste gesto a única coisa que se busca saciar é a angústia do cuidador frente ao choro da criança. Evidentemente, o bebê se acalmará no colo, mas é preciso descobrir do que se trata o choro, se é fome, frio, se está molhado, se tem sede. Isto permite que ele desenvolva a sua capacidade de comunicar as suas necessidades, além de fortalecer o vínculo com o cuidador.



Fonte: fotógrafa Lila Batista, Ateliê Carambola. São Paulo, 2016.

2.3. A alimentação

Nas creches e nos abrigos em geral, na hora da alimentação, os bebês são colocados em cadeirões altos, encostados na parede, um do lado do outro, e as educadoras deslocam-se entre os bebês em série, sem permitir que a criança toque nos alimentos, para dar a comida rapidamente, pois as cozinheiras têm horário para finalizar o seu trabalho.



O espaço institucional é planejado para facilitar o trabalho dos atendentes.
Correio Braziliense, fevereiro/2002.



Fonte: Google Imagens

A alimentação ocupa na relação mãe-bebê, ou cuidador, um lugar privilegiado. As condutas alimentares são ancoradas na biologia, mas elementos psicológicos, motores e fisiológicos e de comunicação entram em jogo desde a amamentação até os talheres. A transição da alimentação natural (amamentação) para a alimentação cultural deve ser lenta e cuidadosa, pois, a criança pode colocar na comida todas as suas frustrações, atribuindo aos alimentos sólidos a angústia que sente das pessoas que a cuidam, principalmente em ambientes coletivos.

O bebê exerce influência no processo de comer e para a educadora de Lóczy importa muito saber se o bebê gosta ou não da comida que está sendo dada, como também o ritmo e movimentos no momento da alimentação que lhe é oferecida e conveniente. Portanto, o gesto do adulto é para o bebê uma prova do seu real interesse.



Fonte: Google Imagens

2.4. O brincar e os brinquedos

O postulado de Emme Pikler é que a criança precisa brincar por iniciativa própria. O primeiro contato com o brincar inicia com a própria mão, na fase chamada óculo-manual, onde o bebê, aos poucos, experimenta a sua autonomia pegando, por exemplo, objetos leves ao seu lado. Porém, nos dias de hoje, são comuns móveis sofisticados à pilha, que giram incessantemente sobre a cabeça da criança. Esse estímulo mecânico nada oferece além de agitação, ou inevitável adormecimento.

Para Pikler, em qualquer momento do desenvolvimento infantil, a iniciativa da criança no brincar lhe oferece possibilidades ilimitadas de experimentar através da atividade, dando-lhe na competência o sentimento de êxito. Brincar para a criança é como respirar.

Inicialmente, os objetos devem ser leves e grandes para o fácil manuseio do bebê. O tamanho dos objetos diminui ao passo do crescimento da criança. Texturas, materiais, cores, formas, pesos e sons diferentes devem ser experimentados ao longo do desenvolvimento. Deixar cair, recolher, perder, encontrar, entrar, sair, encaixar, desencaixar, construir, desconstruir, empilhar, encher, esvaziar, botar, tirar, empurrar, arranhar, bater, vestir, desvestir, fantasiar-se e etc, são ações que fazem parte do brincar como experiências cotidianas que permitem a construção simbólica, imaginária, real, subjetiva e psíquica.

No espaço coletivo, os educadores devem prestar atenção no número de brinquedos, que deve ser superior ao número de crianças. O número reduzido de brinquedos pode gerar conflito entre as crianças. Os brinquedos devem estar no chão, colocados com lógica pelo cuidador.

Alguns educadores colocam a *hora do brincar* no plano pedagógico como uma atividade separada do resto do cotidiano. É comum encontrar os brinquedos em recipientes plásticos guardados em lugares de difícil acesso, que só serão disponibilizados quando chegar a hora planejada.

Os ambientes devem estar organizados com o objetivo de propiciar a comunicação afetiva, respeitando o tempo do bebê, favorecendo a observação e deixando que essas ações venham dele próprio.



Fonte: fotógrafa Lila Batista, Ateliê Carambola. São Paulo, 2016

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É preciso nos perguntarmos que sujeitos nós queremos? Pessoas que imitam constantemente os outros ou seres pensantes, ativos e criativos?

E assim nós conseguimos construir, de uma forma impressionante, a diferença, com todas estas medidas simples, porém eficazes, práticas e necessárias. Os primeiros anos das nossas crianças, temos certeza, estará em melhores mãos, e a imagem do mundo que estas crianças terão será mais segura e tranquila.

Não podemos esquecer que somos jovens uma vez na vida, passa muito rápido e os primeiros anos duram para sempre.

REFERÊNCIAS

CHOKLER, Myrtha. *Acerca de la práctica psicomotriz de Bernard Aucouturie*: Centauro, 2014.

FALK, Judit. *Mirar al niño*: ARIANA, 1997.

KÁLLÓ, Éva & BALOG, Györgyi. *Los Orígenes del juego libre*: Magyarországi Pikler-Lóczy Társaság Budapeste, 2013.

SZANTO-FEDER, Agnès. *Lóczy: um nuevo paradigma?* El Instituto Pikler es um espejo de multiples facetas. Mendoza: EDIUNC. (Tradução livre), 2006.

Sugestão de vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=wUEhSDopUwE>

A SITUAÇÃO DA PATERNIDADE NO BRASIL – CONTEXTO, IMPACTOS E PERSPECTIVAS

Marco Aurélio Martins

Psicólogo, Pós-graduado em Antropologia. Coordenador executivo do Instituto Promundo e Coordenador da área de Paternidade e Cuidado.

Tatiana Moura

Doutora em Sociologia, Diretora executiva do Instituto Promundo

Daniel Costa Lima

Psicólogo, Mestre em Saúde Pública e Consultor independente no campo de Gênero, Masculinidades e Saúde

Milena do Carmo Cunha dos Santos

Socióloga, Mestra em Sociologia e Assistente de Projetos na área de Paternidade e Cuidado no Instituto Promundo

Paternidade e cuidado importam e são temas que têm sido objeto de um crescente número de estudos produzidos no Brasil e no mundo ao longo das últimas duas décadas. O assunto também tem conquistado cada vez mais espaço na agenda pública de promoção da equidade de gênero, da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção da violência baseada em gênero.

Existem evidências claras sobre o impacto positivo que o envolvimento dos homens no cuidado tem para a vida de crianças, mulheres e homens, especialmente para a saúde materno-infantil, a saúde e bem-estar dos próprios homens, o desenvolvimento cognitivo da criança e o empoderamento da mulher.

No entanto, para que ocorra a transformação cultural necessária para alcançar a igualdade de gênero, é importante que as dimensões individuais, comunitárias, institucionais e sociais sejam envolvidas no processo – incluindo cidadãos/dãs, comunidades, instituições educacionais, de saúde e religiosas, empresas privadas e diferentes instâncias governamentais.

O investimento em políticas de valorização da paternidade e do papel do homem como cuidador tem o potencial de desconstruir um modelo dominante de masculinidade – patriarcal e machista –, que reforça a desigualdade de gênero, abrindo caminho para a emergência de outros modelos baseados no afeto, no cuidado e na educação integral.

Sabemos que quatro em cada cinco homens no mundo serão pais biológicos em algum momento de suas vidas, e que a totalidade dos homens tem alguma conexão com a vida de crianças, seja como pais, tios, padrastos, irmãos, avós, professores ou técnicos (IMAGES, 2010)⁴⁴. Quando os homens são envolvidos desde o início na vida das crianças – no planejamento reprodutivo, no pré-natal, na sala de parto, gozando da licença-paternidade quando os filhos nascem, e na educação – estabelecem um padrão de presença positiva ao longo da vida deles. A divisão igualitária de tarefas domésticas e do cuidado das crianças contribui para

44 International Center for Research on Women and Instituto Promundo, 2010. International Men and Gender Equality Survey (IMAGES).

que os meninos se tornem mais equitativos do ponto de vista das relações de gênero e para que as meninas tenham um maior sentido de autonomia e empoderamento.

As mulheres compõem atualmente 40% da força de trabalho pago no mundo, além de serem responsáveis por 50% da produção global de alimentos, dizem os dados de instituições como o Banco Mundial (2011)⁴⁵. No entanto, os homens realizam somente 20% do trabalho doméstico não pago. Atingir a igualdade de gênero é uma tarefa difícil e complexa para qualquer sociedade, mas só será alcançada quando houver uma verdadeira divisão do cuidado e do trabalho não remunerado. Esta realidade adquire contornos críticos em países socialmente desiguais como o Brasil.

Segundo dados da pesquisa IMAGES (2010), meninos criados por pais equitativos, que dividem o trabalho no lar e tem práticas de cuidado, tendem a ser influenciados por este comportamento e aumentam as chances de repeti-los quando se tornam adultos. Por outro lado, aqueles que testemunharam violência cometida contra suas mães ou cuidadoras na infância apresentam alguma propensão para reproduzir este comportamento no futuro. A pesquisa revelou ainda que em torno de 80% dos homens abordados compareceram a pelo menos uma consulta de pré-natal. Os serviços de saúde representam, assim, excelentes portas de entrada para envolver os homens no cuidado, além de espaços privilegiados para contribuir com a emergência de uma cultura mais equitativa, cuidadora e menos violenta.

Temos observado recentemente o aumento da produção de dados sobre o tema no Brasil e no mundo, que trazem luz à discussão sobre os impactos do envolvimento dos homens como cuidadores afetuosos para a prevenção nos campos da saúde, educação, economia e violência. No entanto, a adequação de políticas públicas na direção da valorização da paternidade e do cuidado em nosso país tem sido limitada. As questões de cunho jurídico e legal representam um dos maiores obstáculos para o envolvimento de mais homens no exercício da paternidade e do cuidado. A licença-paternidade de apenas cinco dias e os mais de 25 anos que se passaram sem a sua revisão e extensão são o principal exemplo disso. Simultaneamente, a Lei do Acompanhante (Lei 12.895/2013) continua sendo pouco conhecida e frequentemente não respeitada por diversas instituições e profissionais de saúde, ilustrando bem a falta de reconhecimento da importância do papel do pai, além de um desrespeito a um direito fundamental das gestantes (e, indiretamente, dos filhos também).

Temos assistido, contudo, à proliferação de várias iniciativas inovadoras de promoção da paternidade e do cuidado.

Na sociedade civil, ONGs como o Instituto Promundo e o Instituto Papai são referências mundiais no tema, atuando de forma inovadora na realização de pesquisas e no desenvolvimento de metodologias, campanhas e incidência política.

Nas universidades, há um crescente número de núcleos acadêmicos e pesquisadores(as) debruçados sobre a questão e produzindo conhecimento científico.

No campo das políticas públicas, o tema da paternidade e cuidado adquiriu papel de destaque na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH). No Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde criou o mês de valorização da paternidade e as Unidades Parceiras do Pai, que estimulam o acesso dos pais aos serviços de saúde, espaços historicamente voltados prioritariamente para a atenção às gestantes e às crianças.

Alguns municípios e estados decidiram ampliar a licença-paternidade para o funcionalismo público, como Niterói-RJ, para 30 dias pagos integralmente. O estado de São Paulo aprovou no ano de 2014 uma extensão, também de 30 dias, para os funcionários da administração pública local.

45 Relatório de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial 2012. Gender Equality and Development. (Washington) <https://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2013/sdn1310.pdf>

Há, portanto, um cenário bastante positivo para se realizar as mudanças que devem ser empreendidas na luta para promover de fato a igualdade de gênero no Brasil, mas é fundamental produzir estudos mais completos, além de valorizarmos o aprendizado através das boas práticas e experiências de outros contextos.

1. A LICENÇA-PATERNIDADE E OS IMPACTOS DO ENVOLVIMENTO DOS HOMENS COMO CUIDADORES

Ao longo das últimas quatro décadas, um grupo de países do norte global elaborou, criou e adaptou um conjunto de legislações e políticas de promoção do envolvimento dos homens no cuidado dos seus filhos. Mais recentemente, alguns resultados dessas legislações e políticas têm emergido, dentre eles:

- Países como a Inglaterra, Dinamarca, Noruega, França e Suécia mostraram que os impactos para a vida das crianças, mulheres e homens, além de importantes e necessários, também podem ser duradouros e eficientes na promoção de uma sociedade mais justa, com menos desigualdades entre homens e mulheres;
- Pais britânicos que se afastaram de seus trabalhos por pelo menos duas semanas para cuidar de seus filhos relataram que a experiência contribuiu para que este vínculo perdurasse por toda a vida;
- Pais que usufruíram desse direito na Dinamarca revelaram estar mais envolvidos na divisão do cuidado, na alimentação dos bebês, troca das fraldas, levantar no meio da noite quando a criança chora, dar banho etc;
- Bebês suecos cujos pais tiraram licença-paternidade têm maior probabilidade de ser amamentados, o que contribui para a diminuição das taxas de infecções neste período da vida;
- A participação ativa decorrente dos dias de licença paga também está associada ao maior envolvimento na educação dos filhos e ao melhor desenvolvimento cognitivo das crianças;
- Pais separados são mais presentes ao longo da vida quando o vínculo é incentivado durante a gravidez e nos primeiros dias de existência da criança.

No final dos anos 1970, a Suécia constatou que a participação dos pais no cuidado também impactava na melhoria dos indicadores de qualidade de vida dos próprios homens. Aqueles que gozaram licença-paternidade apresentavam menor probabilidade de ter problemas relacionados ao uso abusivo do álcool (18% menor), além de apresentarem uma diminuição de 16% nas taxas de risco de morte precoce. Homens que cuidam tendem a querer viver mais para usufruir do prazer do convívio de qualidade com seus filhos, o que sem dúvida influencia a mudança de comportamentos e atitudes que podem representar algum risco para suas vidas, como o abuso de álcool, drogas, além de contribuir para a prevenção através dos cuidados com a saúde (Allen e Daly, 2007; Barker e Aguayo, 2012; Ravanefra, 2008)⁴⁶.

A França nos traz o exemplo do impacto para a saúde das mulheres decorrente do envolvimento paterno. Mães que tiveram experiência equitativa de cuidado no período do puerpério apresentaram uma diminuição

46 ALLEN, S.; DALY, K. "The Effects of Father Involvement": An Updated Research Summary of the Evidence Inventor. Canadá: Centre for Families, Work & Well-Being, University of Guelph, 2007.
BARKER, G.; AGUAYO, F. "Masculinidades y Políticas de Equidad de Género" Reflexiones a partir de la Encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Instituto Promundo: 2012.
http://www.promundo.org.br/en/wp-content/uploads/2012/03/PROMUNDO_Images_Web29.pdf
RAVANEFRA, Z. "Profiles of Father in Canada." Population Studies Centre. Canadá: University of Western Ontario, 2008.
http://www.fira.ca/cms/documents/204/Profiles_of_Fathers_in_Canada.pdf

importante nos índices de depressão pós-parto (Fisher et al, 2006)⁴⁷. O caso francês também revela que há consequências positivas para a economia resultantes do uso do benefício da licença-paternidade, pois a cada mês adicional de licença tomada por um pai observou-se o aumento na renda da mulher em 6,7%. Um estudo do FMI⁴⁸ (2013) constatou que se a presença da mulher no mercado de trabalho ocorresse nas mesmas taxas apresentadas pelos homens, o PIB dos Estados Unidos, por exemplo, teria um aumento de 5%, o do Japão 9% e o do Egito 34%.

O primeiro relatório sobre a situação da paternidade no mundo, lançado pela Campanha *Global Men Care* em 2015, nos convida a analisar a situação do envolvimento dos homens no cuidado pela perspectiva integrada, ampla e articulada com outros temas importantes para a vida em sociedade, como a violência, a economia, a saúde, a educação etc. Embora os dados encontrados sejam limitados – revelando que a presença do pai na vida das famílias tem sido pouco valorizada historicamente por pesquisadores e governos – já há muito que se pode aprender da experiência de países que desenvolveram programas e os avaliaram.

Dessas experiências, pode-se entender que a simples concessão da licença em si não produz a transformação na cultura ou produz indicadores positivos, mas, sim, a construção de um modelo de políticas públicas integrado, baseado na promoção da equidade de gênero. Nesta perspectiva, a extensão da licença-paternidade é apenas uma das ferramentas fundamentais, sendo importante estimular os homens a tomarem sua parcela de responsabilidade no cuidado e na divisão do trabalho no lar.

Entre os exemplos que a experiência internacional nos apresenta, destacamos: a promoção de políticas laborais como a flexibilidade do horário de trabalho para pais e mães; o aumento do acesso dos homens aos serviços de saúde; a promoção de educação baseada na equidade de gênero; a criação de programas de saúde e direitos sexuais e reprodutivos; a promoção de campanhas públicas baseadas na promoção da equidade de gênero, que ressaltem os benefícios do envolvimento dos homens no cuidado, além da extensão da licença-paternidade.

2. A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA – A PATERNIDADE EM FOCO

A figura paterna em nossa legislação é raramente relacionada ao lugar do cuidador. A paternidade responsável, conceito largamente difundido nas políticas públicas brasileiras, funciona como a antítese do cuidado, este de fato relacionado com o universo materno. Embora no Plano Nacional Primeira Infância sua relação tenha cunho positivo, enfatizando que cuidar também é ser responsável, é preciso cautela ao relacionar o cuidado com a responsabilidade, pois pode afastar sua dimensão como relação de afeto e fixar a responsabilidade do homem enquanto *provedor*.

A Lei 12.004/2009 estabelece a presunção de paternidade no caso de recusa do suposto pai em submeter-se ao exame de código genético – DNA. Diante do número elevado de crianças sem o nome do pai em seus registros civis, programas e projetos tentam contornar a situação pela via da responsabilização civil compulsória do pai biológico.

Na mesma medida, a lei da licença-paternidade, prevista pela primeira vez na Constituição Federal de 1988, concede a dispensa por cinco dias das obrigações trabalhistas daquele que se tornar pai. No entanto, ignora que as necessidades da criança recém-nascida vão além dos cinco primeiros dias de vida e que estas

47 FISHER, J.R.W. et al. "Maternal depression and newborn health". *Newsletter for the Partnership of Maternal, Newborn & Child Health*. Geneva, n.2, p.178-179. 2006. <http://www.pmnch.org>

48 "Women, Work, and the Economy: Macroeconomic Gains From Gender Equity"; IMF Staff discussion note, Strategy, Policy, and Review Department and Fiscal Affairs Department, Setembro, 2013.

deverão ser supridas por um cuidador. E melhor do que um, dois cuidadores. A desigualdade de gênero é assim reforçada pela nossa legislação, uma vez que atribui apenas à mulher o papel de cuidadora dos filhos e do lar e, ao homem, o papel de provedor, a quem só é permitido se afastar do trabalho por um período mínimo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069/90, entende em seu Art. 21 que o poder familiar será exercido em igualdade de condições, pelo pai e pela mãe, na forma do que dispuser a legislação civil. No entanto, a legislação civil nos seus mais variados exemplos, quando trata de questões relacionadas ao cuidado, impõe a desigualdade como regra. É fundamental considerar que a lei por si só não produz adesão social, mas a sua aplicação e monitoramento ao longo do tempo atingem este objetivo.

Outro importante exemplo em nossa legislação é a Lei do Acompanhante – Lei 11.108/2005 – que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto e pós-parto imediato. É importante garantir à grávida o direito a escolher quem a acompanhará na sala de parto, através do monitoramento do cumprimento da lei, promovendo, sempre que possível, que o pai seja a primeira escolha. Isso contribuiria para que o pai não assumisse o papel de mero visitante após o parto.

Podemos então perceber que a legislação e a cultura contribuem para a sonegação do papel de cuidador ao pai, sonegação que começa muito antes na vida do menino, quando é afastado das brincadeiras infantis que o permitiriam ensaiar o cuidado de crianças e tarefas domésticas – ditas brincadeiras de meninas –, e os incentivamos em outras que reforçam os papéis estereotipados de gênero. **O cuidado, tal como a violência, se aprende. Esse aprendizado só é possível quando se promove, ao mesmo tempo, mudanças de cultura e de legislação.**

O relatório global sobre a situação da paternidade no mundo sugere que a manutenção da desigualdade entre homens e mulheres tem na responsabilidade pelo trabalho doméstico não remunerado um componente fundamental. A versão brasileira do relatório traz dados que confirmam essa dinâmica.

No relatório sobre a situação brasileira, podemos ler que dados do Ipea⁴⁹ de 2010 referem que uma mãe com filhos(as) dedica 25,9 horas semanais aos cuidados com a casa, em comparação com as 15,5 horas dos homens com filhos(as). Mesmo comparando um homem sem trabalho remunerado com uma mulher com trabalho remunerado, essas ainda assumem uma maior proporção das responsabilidades domésticas: 22 horas, contra 12,7 dos homens, informa a versão brasileira do relatório, ainda não publicada.

Atualmente, há no Congresso Brasileiro mais de 20 projetos de lei que têm a intenção de ampliar os dias de licença remunerada aos pais após o nascimento de seus filhos/as. Alguns desses projetos pretendem regulamentar o artigo 7º, XIX, da CF/88, que prevê o afastamento dos pais das obrigações trabalhistas por cinco dias para prestar cuidado. Existem ainda projetos que buscam alternativas para ampliar o benefício, porém não na forma de extensão da licença-paternidade atual, mas como parte de legislações mais abrangentes. Temos ainda iniciativas cujo pressuposto é o da implementação, no Brasil, da licença-parental, legislação presente em alguns países do mundo, como a Suécia e a Inglaterra, que visa o compartilhamento do benefício entre pais e mães.

O Projeto de Lei nº 6.998/2013, que ficou conhecido como o Projeto de Lei do Marco Legal da Primeira Infância e foi identificado no Senado como PLC 014/2015, foi o que teve mais sucesso nesse avanço. Aprovado pela Comissão Especial da Primeira Infância na Câmara dos Deputados e pelo Senado, sem emendas de conteúdo, foi sancionado como Lei Federal nº 13.257/2016, em 8 de março de 2016.

49 IPEA. Mulher e Trabalho: avanços e continuidade. 2010. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100308_comu40mulheres.pdf

Entre outras coisas, o Marco Legal da Primeira Infância alterou a Lei 11.770/2008, que criou o Programa Empresa Cidadã e, com ele, a possibilidade de prorrogação da licença maternidade por 60 dias. Ao lado das disposições que já valem para as mulheres, a nova lei prorrogou a licença-paternidade por mais 15 dias. Apesar de reconhecer a importância do papel do pai e propor a extensão da licença, consideramos que não parece ainda atender aos anseios de uma maior igualdade de gênero.

Mesmo representando um avanço, um aumento da licença-paternidade para até 20 dias, não modifica o cenário social e legal que situa os homens como coadjuvantes na pauta dos direitos reprodutivos, do planejamento familiar e do cuidado infantil, o que, por sua vez, mantém a compreensão das mulheres como “cuidadoras por natureza” e responsáveis, em última instância, pela garantia da saúde e bem-estar das crianças.

3. DESAFIO PARA O ENVOLVIMENTO DOS HOMENS NO CUIDADO

Embora os benefícios do envolvimento dos homens na paternidade cuidadora para a vida de homens, mulheres e crianças sejam óbvios, ainda convivemos com uma série de obstáculos a este envolvimento em nossa cultura. As dificuldades financeiras, aliadas à falta de acesso à educação de qualidade, frequentemente influenciam homens a tomarem para si a responsabilidade do papel de prover recursos para a família. As normas de gênero, mesmo já reconhecidos seus impactos negativos para homens e mulheres, continuam enraizadas, fazendo com que o cuidado seja ainda relacionado diretamente ao lugar da mulher.

As instituições e estruturas sociais também têm um papel central na perpetuação do modelo social que afasta os homens do cuidado. Um bom exemplo dessa situação está no setor de saúde, que ainda valoriza o binômio saúde da mulher e da criança, distanciando homens do cuidado da família. Nas escolas, é ainda pouco provável encontrar um educador do sexo masculino na equipe de creches e educação de crianças pequenas. O mercado de trabalho segue igualmente a mesma lógica, quando valoriza o profissional do sexo masculino ao considerar que este não se distanciará do trabalho por razões relacionadas ao cuidado com filhos/as pequenos/as e que não gozará, sob sua perspectiva, de benefícios extensos.

Em relação a isso, o Marco Legal incluiu um pequeno passo à frente, quando alterou a CLT (Decreto-Lei 5.452/1943), incluindo o abono de ponto ao trabalhador para acompanhar em até dois dias, as consultas da esposa ou companheira durante a gravidez, assim como para acompanhar o(a) filho(a) de até seis anos em consulta médica, ao menos uma vez por ano (Lei 13.257/2016, artigo 37, que altera o artigo 473 da CLT).

Por fim, a restrição das agendas sociais dos governos, sob o pretexto de redução do Estado, limita o investimento de recursos a pautas prioritárias em suas políticas, como mulheres, idosos e crianças. As crises econômicas influenciam também a redução da concessão de benefícios, como a licença-paternidade coberta integralmente pela previdência social, nos moldes do que já ocorre com a licença-maternidade.

4. PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DO CUIDADO PATERNO

O Instituto Promundo⁵⁰ tem a Paternidade e o Cuidado como uma de suas linhas de atuação, desenvolvendo pesquisas, criando e aplicando metodologias e realizando intervenções em diferentes espaços da sociedade. Dentre os projetos desenvolvidos, estão:

50 <http://promundo.org.br/sobre-o-promundo/>

MenCare⁵¹ - uma campanha global que visa difundir mensagens midiáticas sobre o impacto positivo do cuidado com igualdade de gênero e não violento e das mudanças nas normas sociais e atitudes sobre paternidade através da elaboração e adaptação de filmes, vinhetas, pôsteres e programas de rádio adaptadas a contextos distintos. Atualmente, MenCare está presente em mais de 25 países, em cinco continentes e alcançou cerca de 250.000 pessoas, sendo coordenada globalmente pelo Promundo e pela Sonke Gender Justice.

MenCare+⁵² é um desdobramento da campanha MenCare, é uma colaboração de três anos entre o Promundo e a Rutgers WPF, que visa engajar meninos e homens com idades entre 15 e 35 anos como parceiros na saúde materna e infantil e na saúde sexual e saúde reprodutiva, sendo implementado no Brasil, Indonésia, Ruanda e África do Sul. No Brasil, o programa recebe o nome de +Pai. Dentre as ações de advocacy, está a campanha *Você é Meu Pai*, que foca em exemplos positivos de envolvimento dos homens no cuidado. Nesse período, foi lançado o *Programa P: Manual para o Exercício da Paternidade e do Cuidado*.

Homens Cuidam⁵³ é uma plataforma digital que tem por objetivo informar e dar visibilidade às iniciativas desenvolvidas pelo Promundo e seus parceiros no Brasil e no mundo sobre a transformação de gênero através do envolvimento de meninos e homens como cuidadores equitativos e não violentos. A plataforma busca promover paternidade e cuidado por parte dos homens, apresentando suas relações com a promoção de saúde masculina, direitos sexuais e reprodutivos, saúde materna e infantil e prevenção da violência baseada em gênero.

GT Homens pela Primeira Infância⁵⁴, criado em maio de 2015, envolve organizações da sociedade civil e da academia e visa produzir e disseminar conhecimentos e experiências sobre paternidades e primeira infância, bem como incidir na construção e implementação de políticas públicas que incluam os homens no cuidado com as crianças pequenas. Integra a Rede Nacional Primeira Infância - RNPI.

Curso Online: Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e no Cuidado⁵⁵, é voltado para profissionais de saúde da atenção básica e pode ser acessado por quem tiver interesse em construir conhecimento e práticas sobre a promoção do envolvimento dos homens na paternidade e no cuidado. Foi criado em parceria com a Coordenação Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde (CNSAH/MS) e está hospedado na plataforma Comunidade de Práticas, é de caráter aberto e pode ser utilizado para discutir questões relacionadas ao exercício da paternidade e do cuidado, como gênero, sexualidade, diversidade sexual, masculinidades e violência.

5. CONCLUSÕES E ALGUMAS RECOMENDAÇÕES

Esta breve análise sobre o estado da paternidade e do cuidado dos homens na primeira infância de filhos e filhas permite propor algumas recomendações que visam o fortalecimento das ações e do debate sobre o tema no Brasil, contribuindo assim para a promoção da equidade de gênero e da prevenção da violência no país:

- Licença-paternidade (LP) - Instituição de um Grupo de Trabalho (GT) sobre a regulamentação e ampliação da LP;

51 <http://promundo.org.br/programas/mencare/>

52 <http://promundo.org.br/programas/mencare-plus/>

53 <http://homescuidam.org.br/>

54 <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/12/gt-homens-pela-primeira-infancia-assembleia.pdf>

55 <https://cursos.atencaobasica.org.br/courses/16135>

- Ampliação e realização de campanhas de conscientização nacionais sobre a importância da ampliação da LP, tendo como foco o bem-estar e a saúde de homens, crianças e mães e a promoção da igualdade de gênero;
- Lei 11.108, de 2005 – Lei do Acompanhante - Fortalecimento de campanhas nacionais de conscientização de gestores/as, profissionais de saúde e da população em geral sobre a Lei do Acompanhante e fiscalização mais rigorosa do respeito à mesma, com o estabelecimento de medidas legais quando o seu descumprimento for comprovado;
- Saúde dos Homens - Maior visibilidade e atenção do Ministério da Saúde em relação à implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e às ações da Coordenação Nacional de Saúde dos Homens, que, apesar de sua relevância e caráter inovador, permanecem sendo pouco reconhecidas, não sendo assim universalizadas e exploradas em todo o seu potencial pelo SUS;
- Fortalecimento de Frente Parlamentar da Atenção Integral à Saúde dos Homens para que sejam ouvidos especialistas da sociedade civil e academia que atuam no tema da saúde dos homens, gênero e masculinidades, paternidade e cuidado e igualdade de gênero;
- Homens, direitos reprodutivos e pré-natal - Divulgação e replicação, por parte do Ministério da Saúde, das Estratégias Pré-Natal do Parceiro (Coordenação Nacional de Saúde dos Homens/MS) e Unidade de Saúde Parceira do Pai (Prefeitura do Rio de Janeiro; Comitê Vida e Movimento pela Valorização da Paternidade) em toda a Rede SUS;
- Inclusão de um campo para pais, futuros pais ou parceiros na Ficha de Cadastramento da Gestante e Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no Sis prenatal e elaboração de metas e indicadores nacionais sobre a participação dos homens no pré-natal;
- Continuação e ampliação de campanhas públicas que ressaltem a importância da paternidade e do cuidado na promoção da igualdade de gênero;
- Fomento e realização de novas pesquisas sobre paternidade e cuidado levadas a cabo pelo governo, pela academia e por organizações da sociedade civil, aprofundando e consolidando o campo.

REFERÊNCIAS

BAKER, Gary; AGUAYO, Francisco Aguayo (Coords.) *Masculinidades y Políticas de Equidad de Género: reflexiones a partir de la encuesta IMAGES e una revisión de políticas en Brasil, Chile y México*. 2012. Disponível em: <http://promundo.org.br/wp-content/uploads/sites/2/2015/01/Masculinidades-y-politicas-de-equidad-de-genero-Reflexiones-a-partir-de-IMAGES-Brasil-Chile-Mexico.pdf>

O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA: QUAIS INFÂNCIAS, QUAIS CRIANÇAS?

Ordália Alves Almeida

*Pós-Doutora em Sociologia da Infância, Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/
UFMS Coordenadora do GT Educação Infantil da Rede Nacional da Primeira Infância – RNPI*

COMEÇO DE CONVERSA...

*Há um lugar, um pequeno lugar, tão pequeno
Como uma casinha de vidro na floresta em cima do alfinete, disse a criança.
É lá que eu guardei a minha pena da cara de todos.
Esta criança vai deixar de sorrir, disse o medidor de crianças
Há um lugar, um pequeno lugar, tão pequeno
Como o ovo azul do bicho da seda, disse a criança.
É lá que eu guardei o meu amigo.
Esta criança vai deixar de falar, disse o medidor de crianças.
Há um lugar, um pequeno lugar, tão pequeno
Como a pedra de açúcar que a mosca leva
para seus filhinhos partirem e fazem espelho, disse a criança.
É lá que eu guardei a minha mãe.
Esta criança morreu, disse o medidor de crianças.
Há um lugar, um pequeno lugar, tão pequeno
Como a bolha de sumo dentro do gomo da tangerina, disse a criança.
É lá que eu me guardei e comi-o e passou para dentro
do mais pequeno dos buracos do meu coração.
Esta criança acabou, disse o medidor de crianças. É preciso fazer outra.
(Maria Costa Velho, O lugar comum, Desescrita)*

Este é um poema que nos leva a muitas reflexões, que nos leva a questionar se será preciso fazer outras crianças. Será que as crianças que aí estão não são as ideais para viver na sociedade contemporânea? Ou será que nós deveremos buscar conhecê-las para criarmos as condições necessárias para que vivam bem e felizes nos dias atuais? De que modo as legislações em vigor, os atos normativos, as práticas sociais estão reconhecendo as crianças?

Vimos que o Brasil é um dos países que mais têm investido na aprovação de leis que garantam às crianças e aos adolescentes o pleno exercício da cidadania. Especialmente, a Constituição Federal do Brasil de 1988 é a marca da temporalidade no reconhecimento social das crianças e dos adolescentes como sujeitos de direitos. De lá para cá, inúmeras iniciativas evidenciam a importância de se dar a elas o seu devido valor e, ao mesmo tempo, garantir os seus direitos fundamentais – Lei nº 8.069/1990 – ECA; Lei nº 8.080/1990 – SUS; Lei nº 9.394/1996 – LDB; EC nº 59; Lei nº 12.796; Lei nº 13.005 – PNE), dentre outras.

Todo esse aparato legal dá sustentação ao estabelecimento de políticas públicas sociais, que devem efetivar a garantia plena dos direitos das crianças e dos adolescentes. No entanto, o que vimos acontecer ainda está distante do que elas têm direito e merecem.

No ano de 2014, vimos ser aprovado o Projeto de Lei nº 6.998/2013, de autoria do Deputado Osmar Terra e outros membros da Frente Parlamentar da Primeira Infância, na Câmara dos Deputados, pela Comissão Especial da Primeira Infância, em 10-12-2014 – Marco Legal da Primeira Infância. Esse projeto encontra-se hoje em análise e tramitação no Senado como PLC 14/2015. Em seu artigo 1º, demarca seu campo de abrangência quando expressa que:

Art. 1º Esta lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e na formação humana (...).

Trata-se, portanto, de um projeto de lei que tem grande relevância para nossa luta pela garantia dos direitos das crianças de até 6 anos de idade, que hoje somam mais de 20 milhões no Brasil, ao mesmo tempo em que apresenta importantes contribuições para se criar disposições e pautar as políticas públicas pela primeira infância.

Temos observado que apenas as legislações não estão sendo suficientes para mudar a condição das crianças no Brasil, o seu reconhecimento como cidadãos é um requisito indispensável para que políticas públicas para a primeira infância sejam efetivadas, e para que tenham em sua base de formulação o delineamento de ações e programas permanentes, que garantam às crianças condições de vida plena e saudável, ou seja, que se configurem como “Políticas de Estado”, e que se mantenham independentemente de qualquer governo, de qualquer partido político.

Entendemos que isso é possível, se mudarmos a ótica dos adultos sobre as crianças, se as enxergarmos como sujeitos de direitos, tanto quanto os adultos, direitos que são próprios das crianças, ou seja, diferentes dos adultos. Na perspectiva de contribuir para essa mudança de olhar do adulto sobre as crianças, e para que juntos possamos garantir a efetividade das legislações a elas destinadas é que recorremos ao contributo da Sociologia da Infância, de modo que consolidemos outro estatuto para a infância, um estatuto de reconhecimento de sua condição de categoria social que tem uma identidade própria, diferente, mas nem por isso inferior às outras categorias, tais como as dos adolescentes, adultos e idosos. Que assim como todas as outras precisa ser respeitada e incluída como categoria da história humana que tem um valor em si, aliás, que é preponderante para a formação humana e ética de todo e qualquer cidadão.

Não precisamos fazer outras crianças, precisamos conhecê-las, respeitá-las, e criar as condições para que vivam dignamente as suas infâncias!

1. CONTRIBUIÇÕES DA SOCIOLOGIA DA INFÂNCIA PARA O RECONHECIMENTO E A GARANTIA DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS

A dimensão da garantia de direitos expressa pelo Marco Legal da Primeira Infância pode ser vislumbrada com a sustentação dos pressupostos teóricos dos novos estudos sociais da infância, que surgem no âmbito da Sociologia da Infância, que desde a década de 1990 vem promovendo estudos, pesquisas e reflexões sobre a infância e os contextos de vida da criança. Cabe ressaltar que esse campo historicamente foi desconsiderado pela Sociologia.

Em se tratando das crianças, os sociólogos estiveram preocupados em desenvolver estudos sobre o processo de socialização das crianças numa perspectiva estrutural-funcionalista, atrelado ao ramo da Sociologia da Educação, sustentada pela corrente durkheimiana que, sob nosso ponto de vista, enfatiza a imposição

dos valores dos adultos sobre a criança. O que observamos como resultado desses estudos foi que as crianças foram mantidas em silêncio, mudas, numa posição subalterna e passiva diante do mundo adulto. A infância moderna foi padronizada e universalizada, tendo como referência a concepção de criança definida em função dos critérios de idade e de dependência do adulto, sem levar em conta a diversidade de aspectos sociais, culturais e políticos em que vive.

À medida que fomos apropriando-nos dos construtos teóricos da Sociologia da Infância, vimos que a criança é enxergada como sujeito social e ator social de seu processo de socialização, construtora de sua infância, de forma plena. E, ainda, a infância constitui-se como objeto sociológico, como categoria social do tipo geracional, através da qual se revelam as possibilidades e constrangimentos da estrutura social (SARMENTO, 2005).

Sob esse referencial, a infância é resgatada das perspectivas biologizantes – que a reduzem a um estado intermediário entre maturação e desenvolvimento humano – assim como das psicologizantes – que tendem a interpretá-la como indivíduo que se desenvolve independentemente da construção social das suas condições de existência e das representações e imagens historicamente construídas sobre e para ela (SARMENTO, 2005).

Essa perspectiva teórica impõe-nos a compreender importantes conceitos que dizem respeito à infância, na perspectiva de superar aqueles que reduzem as crianças a meros “vir a ser”. O primeiro é de considerar a “geração, como uma categoria estrutural relevante na análise dos processos de estratificação social e na construção das relações sociais” (QVORTRUP, 2000; ALANEN, 2001; MAYALL, 2002), nessa medida contribuiu para se ter a dimensão da infância como categoria geracional que tem identidade própria. O segundo, sobre o sentido das relações intra (entre crianças) e intergeracionais (entre crianças e adultos) vinculadas ao conceito de geração, permite-nos compreender “não só o que separa e o que une, nos planos estrutural e simbólico, as crianças dos adultos, como as variações dinâmicas que nas relações entre crianças e entre crianças e adultos vai sendo historicamente produzido e elaborado” (SARMENTO, 2005). E, em terceiro, saber que:

A alteridade da infância constitui um elemento de referência do real que se centra numa análise concreta das crianças como atores sociais, a partir de um ponto de vista que recusa as lentes interpretativas propostas pela ciência moderna, que tematizou as crianças predominantemente como estando numa situação de transitoriedade e de dependência (SARMENTO, 2005).

Importante observarmos que uma concepção de infância singular vai ganhando contornos diferentes quando conseguimos compreendê-la como categoria social, categoria humana, que é um período de vida de cada um – de 0 a mais ou menos 12 anos de idade – e que, portanto, assume uma perspectiva plural – infâncias – que pode se constituir de diversas formas, a depender do contexto social e cultural em que se concretiza. Assim, “as infâncias, mais que estágio, é categoria da história: existe uma história humana porque o homem tem infância” (KRAMER, 2007).

Mediante tal configuração, nos perguntamos qual é o papel social das infâncias na sociedade atual? De que modo o Marco Legal da Primeira Infância pode contribuir para que as crianças possam viver condições plenas de cidadania?

Estimulados por essas perguntas, e antes de tentar respondê-las, somos induzidos a buscar superar a concepção de criança singular que, ao ser reconhecida como cidadã, detentora de direitos, produtora de cultura e nela produzida, coloca-se numa condição plural – crianças – e, assim, compreendidas como sujeitos de direitos, historicamente situadas e que se desenvolvem física, cognitiva, psicológica, emocional e socialmente – de acordo com as variações culturais e históricas.

Quando a sociedade as reconhece como cidadãs ativas, reconhece também que as mesmas têm direito a fazer escolhas, a serem participadas e informadas sobre questões que lhes dizem respeito, de tomar decisões relativas à organização de seus espaços de vida, de opinar e/ou participar da tomada de decisões dos adultos, sempre que essas decisões lhes envolvam direta ou indiretamente, isso porque as crianças têm maneiras singulares de lidar, ver e de expressar o que pensam e sentem. O PL 6.998/2013 – PLC 14/2015 em seu art. 4º, inciso III, reafirma que se deve “respeitar a individualidade e ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais.

Como assegurar que os adultos reconheçam as diversas infâncias e respeitem os modos de ser das diversas crianças? Como garantir que o interesse superior das crianças seja respeitado, conforme apregoa o PL 6.998/2013 – PLC 14/2015? Como fazer prevalecer o respeito às necessidades de proteção, cuidado e educação da criança?

Na tentativa de dar respostas aos questionamentos feitos, reafirmamos que não podemos esquecer, em momento algum, que lidamos cotidianamente com a heterogeneidade das populações infantis, e que essas convivem em grupos familiares socioculturais distintos. Assim sendo, cabe aos adultos apropriarem-se dos meios e processos utilizados pelas crianças para viverem e construírem suas referências identitárias, não perdendo de vista que as mesmas são seres plenos, com suas próprias características, e que possuem modos singulares de entender e de ver o mundo. Kuhlmann Jr. (1998, p. 30) destaca que devemos:

Considerar a infância como uma condição da criança. O conjunto de experiências vividas por elas em diferentes lugares históricos, geográficos e sociais é muito mais do que uma representação dos adultos sobre esse [momento] da vida. É preciso conhecer as representações de infância e considerar as crianças concretas, localizá-las nas relações sociais, etc., reconhecê-las como produtoras da história.

Implica, então, compreendermos e respeitarmos as crianças como sujeitos de direitos, situados historicamente e que precisam ter as suas necessidades físicas, cognitivas, psicológicas, emocionais e sociais supridas, vamos juntos criar as condições para que elas possam viver em contextos sociais em que prevaleça “a participação da criança na definição das ações que lhe dizem respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento” (PL 6.998/2013, art. 4º, inciso II). E, conforme o parágrafo único desse mesmo artigo:

A participação da criança na formulação de políticas e das ações que lhe dizem respeito terá o objetivo de promover sua inclusão social como cidadã, e dar-se-á de acordo com a especificidade de sua idade, devendo ser realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil.

Partindo dessa premissa, para se garantir às crianças condições de vida plena, nós adultos devemos ter o entendimento de como as crianças desenvolvem-se e adquirem conhecimentos no contexto em que vivem. Seus modos próprios e peculiares de ser e estar no mundo induzem-nos a reconhecê-las como pessoas portadoras e produtoras de cultura, e que são plenas de potencial imaginativo, criativo e inventivo. E, como nós adultos podemos criar as condições para que possam ter acesso ao conhecimento, direito social de todos? Conhecermos as crianças de hoje e seus modos de vida é primordial para darmos início ao seu processo de visibilização social.

2. CRIANÇAS, EDUCAÇÃO E CULTURAS INFANTIS

As crianças têm o direito de acesso a conhecimentos social e historicamente situados, a aprendizagens significativas, que lhes permitam aprender e desenvolver em processos relacionais com outras crianças e com diferentes adultos do contexto familiar, educacional e social. Tal afirmativa exige que compreendamos os contextos em que as crianças adquirem conhecimentos e se apropriam de novas culturas.

Recorremos a autores que corroboram para que compreendamos a dinâmica de apropriação dos processos de vida, de conhecimentos e de cultura pelas crianças, dentre eles Kramer (2007, p. 16 e 17), que também resgata as valiosas contribuições de Benjamin (1984) para o delineamento de uma visão peculiar da infância e da cultura infantil. Afirma que esse autor oferece importantes contribuições para que vejamos as crianças de outra maneira. A partir de suas contribuições, define quatro eixos que sustentam suas análises, e que serão aqui apresentados:

- a. **A criança cria cultura, brinca e nisso reside sua singularidade.** As crianças “fazem história a partir dos restos da história”, o que as aproxima dos inúteis e dos marginalizados (BENJAMIN, 1984, p.14). Elas reconstruem das ruínas; refazem dos pedaços. Interessadas em brinquedos e bonecas, atraídas por contos de fadas, mitos, lendas, querendo aprender e criar, as crianças estão mais próximas do artista, do colecionador e do mágico, do que de pedagogos bem-intencionados.

É importante reconhecermos e respeitarmos que a ação de brincar é inerente às crianças e que ao brincarem desenvolvem suas singularidades e suas subjetividades e que nesse ato reside a sua capacidade de criar cultura, tão importante à sua formação.

- b. **A criança é colecionadora, dá sentido ao mundo, produz história.** Como um colecionador, a criança caça, procura. As crianças, em sua tentativa de descobrir e conhecer o mundo, atuam sobre os objetos e os libertam de sua obrigação de ser úteis. Na ação infantil, vai se expressando, assim, uma experiência cultural na qual elas atribuem significados diversos às coisas, fatos e artefatos.

Reconhecer e valorizar as formas como as crianças agem nas situações cotidianas é importante para que possamos ter a dimensão real de seus atos e atitudes. Assim, compreender que elas podem atribuir significados diferenciados àquilo que os adultos, de forma inflexível, só veem com seus olhos, sob seu ponto de vista, muitas vezes de forma limitada, em função das experiências que tiveram em seu cotidiano.

- c. **A criança subverte a ordem e estabelece uma relação crítica com a tradição.** Olhar o mundo a partir do ponto de vista da criança pode revelar contradições e uma outra maneira de ver a realidade. Nesse processo, o papel do cinema, da fotografia, da imagem, é importante para nos ajudar a constituir esse olhar infantil, sensível e crítico. Atuar com as crianças com esse olhar significa agir com a própria condição humana, com a história humana.

As crianças podem subverter a ordem, só nós adultos é que não aceitamos isso, porque organizamos o contexto social, o mundo sob a ótica adultocêntrica, não buscamos conhecer a ótica infantil, e quando elas agem para nos mostrar que não as enxergamos, agimos de forma impositiva e, muitas vezes, cerceando suas expressividades e espontaneidades.

- d. **A criança pertence a uma classe social.** As crianças não formam uma comunidade isolada; elas são parte do grupo e suas brincadeiras expressam esse pertencimento. Elas não são filhotes, mas sujeitos sociais; nascem no interior de uma classe, de uma etnia, de um grupo social. Os costumes, os valores, os hábitos, as práticas sociais, as experiências interferem em suas ações e nos significados que atribuem às pessoas, às coisas e às relações.

A valorização das crianças como sujeitos sociais implica em reconhecê-las como pertencentes a determinados grupos não numa condição imutável, e que os modos como vivem as suas infâncias são expressas em suas brincadeiras, mas ao viverem processos educativos podem apropriar-se de referenciais culturais que lhes permitam alterar a sua condição social.

Acima foram expressos aspectos importantes a serem conhecidos e apropriados por nós adultos, para que possamos garantir às crianças viverem e desenvolverem-se como crianças. Em continuidade, para um maior aprofundamento sobre as especificidades da ação das crianças para apropriação e ressignificação das culturas infantis, ressaltamos as contribuições de Sarmiento (2004), quando esse autor apresenta quatro pilares importantes e que, muitas vezes, são negligenciados pelos adultos responsáveis pela sua educação e cuidado.

Esses pilares são referências para o dimensionamento da ação dos adultos que atuam tanto no campo da legislação, quanto da normatização da vida das crianças, e que norteiam a organização dos espaços e das práticas educativas. Ressaltamos a importância da garantia dos direitos das crianças sem considerarmos esses pilares das Culturas da Infância, de nada adianta, pois negligenciamos os sujeitos desses direitos em sua essência, negligenciamos as formas como se apropriam do mundo. Esses pilares assim se organizam, segundo Sarmiento (2004):

- a. **INTERATIVIDADE:** em termos de culturas populares a autoria é coletiva, pois todos os membros de uma comunidade participam. As culturas da infância aproximam-se muito das culturas populares neste aspecto.

Reconhecer o significado da interatividade para o desenvolvimento das crianças é de suma importância, isso porque as crianças como seres sociais não se desenvolvem estando sozinhas, isoladas de outras crianças e dos adultos, é por meio do diálogo e das trocas sociais que elas constroem conhecimentos.

- b. **REITERAÇÃO:** é o princípio da repetição e da réplica. É a razão circular do tempo e o tempo pode sempre começar de novo, não há uma medida que o controle para as crianças.

Cabe aos adultos criar as condições para que as crianças vivam situações de forma reiterada, pois só assim podem construir conhecimentos significativos e duradouros. Para as crianças, viver uma situação mais de uma vez não é problema, pelo contrário é a repetição de uma brincadeira, de uma contação ou leitura de história, de uma situação agradável, etc. que lhes permite compreender o mundo real.

- c. **LUDICIDADE:** assim como as crianças brincam, os adultos também brincam, porém estes últimos separam o brincar de uma “coisa séria”. No jogo, os adultos se “infantilizam” e as crianças se “adultizam”, o que não pode ser levado ao extremo, pois é necessário manter esta alteridade entre adultos e crianças.

Cabe-nos respeitar as formas próprias como as crianças vão se apropriando de conhecimentos e do mundo, especialmente respeitar que as crianças são seres eminentemente lúdicos e que por meio da brincadeira desenvolvem suas capacidades cognitiva, social, afetiva, e biofisiológica. Brincar e aprender são ações inerentes às crianças e que coexistem em seus cotidianos.

- d. **FANTASIA DO REAL:** o imaginário é a condição para experimentar outras possibilidades de existência, não sendo sinal de incompetência. Isto possibilita a articulação entre as culturas da infância e as dos adultos. (SARMENTO, 2004)

As crianças, em sua peculiaridade, constroem sentidos próprios para suas vivências, e suas capacidades imaginativas assumem caráter recursal para apreenderem o mundo vivido, ao mesmo tempo em que lhes permitem transitar entre o mundo infantil e o adulto, elaborando suas próprias referências e culturas.

Kramer (2007) e Sarmiento (2004), ao apresentarem os eixos e os pilares das culturas infantis, respectivamente, trazem contribuições importantes não apenas para se desenvolver uma prática docente coerente com o jeito peculiar das crianças, mas como imprescindíveis para se conviver com as crianças em todos os espaços sociais, para se definir ações e programas, para se estabelecer políticas públicas a elas destinadas, que respeitem a sua integridade emocional, intelectual, moral e social.

3. REFLEXÕES FINAIS

Nos últimos 30 anos, como resultado das lutas sociais e embates políticos, vimos edificar aportes teórico-jurídico-legais que têm contribuído para dar a visibilidade necessária às infâncias como categoria geracional, com estatuto próprio, que garantem às crianças brasileiras o seu reconhecimento como sujeitos de direito. O reconhecimento das crianças e dos adolescentes como prioridade absoluta (art. 227 – CF/1988) enseja o delineamento de políticas públicas sociais que contemplem a garantia de **direitos humanos**, considerados como naturais, inalienáveis intrínsecos à pessoa, por exemplo o direito à vida; **os civis ou políticos**, que dizem respeito à participação das crianças no contexto social em que vivem; **os sociais** relacionados com as necessidades de bem-estar e proteção.

Conforme Siqueira (2011, p. 94), “no plano das ideias, da regulamentação, os direitos são proclamados, porém não efetivados. No campo do discurso, a concepção parece ser concretizada, mas na realidade, o discurso também é excludente: não se pode incluir quando na matriz econômico-social, a própria lógica da exclusão se faz necessária”.

Com base nessa configuração, situamos o Marco Legal da Primeira Infância – Projeto de Lei nº 6.998/2013, aprovado pela Comissão Especial da Câmara dos Deputados, que se encontra em tramitação no Senado Federal – e estabelece uma legislação em consonância com evidências científicas que valorizem e garantam a atenção integral às crianças de 0 a 6 anos. Esse prevê, entre outras coisas, que a elaboração de políticas públicas para a Primeira Infância tenha como áreas prioritárias:

a saúde, a alimentação e nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção frente a toda forma de violência e à pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce aos meios de comunicação” (PL 6.998/2013).

Nossa expectativa é que a definição dessa lei especial para a primeira infância, que contemple todas as crianças, possa subsidiar a definição de políticas públicas duráveis que respeitem os direitos por elas conquistados ao longo dos últimos anos, sem perder de vista o estabelecimento de ações que elevem a qualidade de vida de todas, independentemente da classe social a que pertencem. A primeira infância precisa entrar na agenda pública com caráter de urgência, contudo, essa agenda não pode prescindir de referências que considerem que as crianças são sujeitos de direitos e devem ser respeitadas em todos os espaços sociais em que vivem; As crianças constroem culturas com base nos significados que elas conferem às suas ações, nas relações estabelecidas com outras crianças e adultos em seu contexto social. Importante considerar que:

As culturas da infância vivem do vaivém das representações do mundo feitas pelas crianças em interação com as representações “adultas” dominantes. As duas culturas – a especificamente

infantil e as da sociedade – que se conjugam na construção das culturas da infância, na variedade, pluralidade e até contradição que internamente enforma uma e outra, referenciam o mundo de vida das crianças e enquadram a sua ação concreta. (SARMENTO, 2007)

Desejamos que a aprovação dessa lei promova a efetiva valorização das crianças, enfatize a construção de espaços e práticas sociais que desenvolvam a participação infantil, formação e valorização de professores, técnicos e de todos aqueles que trabalham, direta ou indiretamente, com crianças. Assim como promova a revisão das matrizes curriculares dos cursos de formação, em que se valorize as políticas públicas para a infância, seus direitos humanos sociais e políticos, o reconhecimento da infância como categoria geracional, seus processos de aquisição de conhecimentos e as culturas infantis como referência para a constituição dos espaços educacionais.

E ainda, precisamos efetuar estudos para ponderarmos o quanto conhecemos e o quanto necessitamos conhecer para instituímos políticas e práticas de educação da infância que superem desigualdades raciais, regionais, sociais e etárias. Precisamos defender uma concepção de educação da infância comprometida com os direitos fundamentais das crianças e com a consciência coletiva sobre a importância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento humano, priorizando em nossos discursos e ações questões relacionadas à cultura e ao contexto das relações étnico-raciais. “Somente assim poderão as crianças assumir a curto, médio e longo prazo o protagonismo indispensável para não submergir e/ou diluir-se no processo de globalização. Reivindicando, para efeito, espaços, valores e atitudes que compõem a heterogeneidade dos seus mundos sociais e culturais” (Sarmiento, 2004).

Em tempo, cabe-nos destacar que o PL 6.998/2013 – PLC 14/2015, em seu art. 15, afirma “As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a primeira infância, as crianças tenham acesso à produção cultural e sejam reconhecidas como produtoras de cultura”. Essa é, portanto, a afirmativa que deve vigorar para que as crianças ocupem o lugar que lhes é de direito na sociedade brasileira.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, Ordália Alves. A criança e o brincar na contemporaneidade. In: ALMEIDA, Ordália A.; SALMAZE, Maria Aparecida (orgs). *Primeira Infância no século XXI: direito das crianças de viver, brincar, explorar e conhecer o mundo*. Campo Grande. Ed. Oeste, 2013.

ALMEIDA, Ordália Alves. *Imagens da Infância, realidades das crianças*. In: XAVIER FILHA, Constantina (org). *Sexualidades, Gênero e diferenças na Educação das Infâncias*. Campo Grande. Ed. UFMS, 2012.

KRAMER, Sonia. *A infância e sua singularidade*. Ensino Fundamental de 9 anos. MEC/SEB. Brasília, 2007.

KUHLMANN JR., Moysés. Infância, história e educação. In: KUHLMANN JR., Moysés. *Infância e Educação Infantil: uma abordagem histórica*. Porto Alegre: Mediação, 1998.

SARMENTO, M. J. As culturas da infância nas encruzilhadas da segunda modernidade. In: SARMENTO, M. J.; CERISARA, A. B. *Crianças e miúdos: perspectivas sócio-pedagógicas da infância e educação*. Porto: ASA, 2004.

SARMENTO, Manuel. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. *Educ. Soc.* vol. 26 nº 91 Campinas May/Aug. 2005.

SARMENTO, M. J. Culturas infantis e interculturalidade. In: DORNELLES, L. V. (Org.). *Produzindo pedagogias interculturais na infância*. Petrópolis: Vozes, 2007.

SARMENTO, M. J. Sociologia da infância: correntes e confluências. In: SARMENTO, M. J.; GOUVEA, M. C. S. (Org.). *Estudos da infância: educação e práticas sociais*. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

SIQUEIRA, Romilson. *Do silêncio ao protagonismo: por uma leitura crítica das concepções de infância e criança*. Tese de Doutorado. Goiânia: UFG, 2011.

SOARES, Natalia Fernandes. *Infância, direitos e participação: representação, práticas e poderes*. Braga: Afrontamento, 2009.

Faltando:

QVORTRUP, 2000;

ALANEN, 2001;

MAYALL, 2002,

UNICEF E A PRIMEIRA INFÂNCIA: UM OLHAR SOBRE AS CRIANÇAS INDÍGENAS

Cristina Albuquerque

*Coordenadora do Programa de Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil e HIV/Aids
UNICEF*

O UNICEF no Brasil trabalha há alguns anos com os princípios de equidade, sempre com foco na redução das desigualdades e garantia de direitos das populações mais vulneráveis, principalmente para as crianças e adolescentes. Parte desse trabalho é realizado por meio da mobilização direta das comunidades, gestores públicos e na produção de informações que possam influenciar direta e indiretamente políticas públicas que garantam essa equidade.

Dentro deste contexto é necessário reconhecer e elogiar o Brasil pela imensa conquista da redução da mortalidade infantil, que atingiu a meta 4 dos Objetivos do Milênio, já em 2012, três anos antes do prazo estabelecido. Aliás, o país não só atingiu a meta, como a superou, colocando o Brasil entre os dez países do mundo que mais reduziram a mortalidade. Isso é uma grande conquista de um País, de um povo. Nós, do UNICEF, reconhecemos esse esforço.

Vários fatores colaboraram para isso. O UNICEF está fazendo um estudo que aborda desde a década de 90, os fatores que realmente contribuíram para isso. Temos aí algumas questões importantes para essa fantástica redução, como a mudança do modelo de atenção à saúde, colocando equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde nas áreas de maior vulnerabilidade.

Na América Latina e Caribe, estudos realizados pelo escritório do UNICEF para a América Latina e Caribe mostram que de cada 5 crianças que nascem na região, 4 sobrevivem. O dever de casa de cada país é procurar a quinta criança. E onde está a quinta criança no Brasil?

Muitas comunidades brasileiras tradicionais, quilombolas, ribeirinhas e dos grandes centros urbanos estão nessa categoria, que não tem seus direitos garantidos em sua totalidade. Porém, quando se analisa os poucos dados disponíveis, fica óbvia a extrema vulnerabilidade da população indígena, incluindo suas crianças e jovens. Sabemos que isso não é fenômeno só do Brasil. A América Latina e o Caribe têm uma população indígena importante e sabemos que muitas delas passam por essa privação de direitos.

A população do último Censo, que se reconheceu como indígena, representa apenas 0,4% da totalidade. A Amazônia Legal do nosso País concentra mais de 46% de toda a população indígena desse País. O fator que impressiona, é que dessa população, apenas pouco mais de 110 mil são crianças menores de 5 anos.

Uma coisa que também chama a atenção dentro desse cenário além da riqueza de diversidade, é a situação percentual de crianças e adolescentes indígenas de 0 a 17 anos que vivem na pobreza. O dado do Brasil é de 80% na área rural; na Amazônia Legal chega a 85%; e na área urbana chega a 50%. Obviamente, a pobreza monetária não pode ser avaliada da mesma forma para áreas rural e urbana, mas esses números, de

qualquer forma, são bastante preocupantes, uma vez que a maior parte dessas populações indígenas aldeadas está, de certa forma, aculturada, seus jovens migrando para ter acesso às modernidades.

Então, quem é a quinta criança do Brasil? É a criança indígena. Elas têm, hoje, em dados atualizados, duas vezes mais risco de morrer antes de completar 1 ano do que as demais crianças brasileiras. Es estas crianças estão morrendo principalmente de causas evitáveis, como infecções respiratórias agudas, diarreia e malária, causadas principalmente pela desnutrição. Este cenário reflete o padrão epidemiológico do Brasil do início da década de 90. Dados do Brasil apontam que existem apenas 7% de crianças menores de 5 anos com desnutrição crônica. Na população indígena esse percentual sobe para 40,8%. Enquanto, para a população geral, 70% das mortes de crianças de até 1 ano se concentram nos primeiros 28 dias de vida, nas crianças indígenas 54% morrem no período pós-natal.

Em 2008, os sistemas de saúde apontaram que, desses óbitos, 2,8% eram por causas externas. Em 2012, esse dado sobe para 10,9% de mortes de crianças menores de 1 ano. O que está acontecendo com essas crianças? Obviamente se espera e se sabe que houve uma melhoria da notificação desse tipo de óbito. Como já mencionado, a causa principal é a desnutrição crônica, associada à anemia em crianças menores de 5 anos. Os números para este indicativo no Brasil são de 20,9% das crianças menores de 5 anos. No entanto, para indígenas da Região Norte, esse percentual sobe para 66,4%.

Saindo um pouco da área de saúde e adentrando a área do direito ao registro de nascimento, observamos que o Brasil teve uma trajetória excepcional na redução do subregistro de nascimento. Dados do IBGE de 2013 apontam que 95% das crianças de até 1 ano já estão com o seu registro de nascimento, sendo que a maioria já sai registrada da maternidade. Entretanto, precisamos saber onde estão os 5% sem registro. Para se ter uma ideia, no registro da população indígena, no censo de 2010, em terras da Região Norte, para os menores de 1 ano esse percentual cai para 49%. Só que esses 49% não significam registro no cartório. O IBGE computa também as crianças que têm o Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI), que é aquele que não é o registro de nascimento. Então, na realidade, apenas 26% de crianças indígenas menores de 1 ano nas terras indígenas da Região Norte existem oficialmente.

A região é a que mais apresenta indicadores de iniquidade. A Amazônia Legal concentra a maior parte da população indígena. Dos 34 distritos sanitários indígenas no Brasil, 16 são considerados prioritários em termos de vulnerabilidade, sendo que 10 deles estão situados na Amazônia Legal.

Diante deste cenário, quais seriam os principais desafios para o Brasil nos próximos anos? reconhecer a gravidade da situação da população indígena, que está sendo deixada para trás. A invisibilidade e a falta de dados de qualidade desagregados que impedem termos clareza e uma análise mais apurada para uma melhor tomada de decisão e uma mobilização de gestores da sociedade brasileira.

Reconhecemos também como desafio o isolamento geográfico, as dificuldades de acesso a serviços de saúde, a outros serviços e também ao transporte das crianças. A maior parte dessas crianças indígenas morre em hospitais. E as mortes ocorridas nas aldeias nem sempre são notificadas, então não é possível ter uma ideia mais clara.

As equipes de saúde são incompletas nesses territórios mais afastados, e há diversidade do contexto territorial e cultural. Ao tempo em que é uma riqueza, a diversidade é um desafio para que as políticas públicas sejam adequadas à realidade desses territórios e dessas etnias.

A terra, para o indígena e para a comunidade, tem um impacto direto no desenvolvimento das crianças e dos jovens porque é uma relação completamente diferente da relação que o homem não indígena tem com

a posse da terra, pela tradição, cosmovisão e suas relações ancestrais. Faz-se necessário avançar nas trocas de saberes entre equipes de saúde e comunidades indígenas.

É necessário maior integração das políticas públicas nos três níveis de gestão. Existe uma legislação nacional que precisa ser superada. O sistema de saúde é um subsistema e, portanto, há problemas, sim, de planejamento, e de operacionalização para que se garanta que os indígenas tenham os mesmos direitos garantidos na Constituição Federal.

Não são só essas questões. A inexistência de políticas públicas eficazes para lidar com as especificidades de cada etnia torna esse trabalho ainda mais desafiador. É necessário que essa agenda seja prioridade do governo e da sociedade civil.

Esta reflexão nos permite alertar para a necessidade de uma visão integral e integrada da infância indígena. Outros fatores, tão importantes quanto a saúde são determinantes na redução da mortalidade e na diminuição da desnutrição e outros fatores que influenciam estes indicadores. O Brasil precisa resgatar essa quinta criança, e colocá-la em nosso foco de cuidado definitivamente.

A ORIGEM DA CULTURA NA PRIMEIRA INFÂNCIA DA HUMANIDADE: O QUE DEIXAREMOS AOS ARQUEÓLOGOS DO FUTURO?

Carlos Laredo

*Diretor artístico do Grupo 'La casa incierta',
Especialista do GT de Cultura da Rede Nacional Primeira Infância*

Este artigo tem por vocação contribuir para que sejam cumpridos: os artigos 215 e 227 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; os artigos 58, 59, 75 e 76 da Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente; e, em particular, os artigos 15 e 17 da Lei 13.257/2016 – Marco Legal da Primeira Infância, segundo o qual:

Art. 15 – As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a Primeira Infância, as crianças tenham acesso à produção cultural e sejam reconhecidas como produtoras de cultura (PL 6.998/2013).

1. CULTURA E PRIMEIRA INFÂNCIA

A noção de Cultura é sutil e oceânica, e muitas vezes usada como moeda falsa, e não é fácil expressar a sua natureza contraditória e ampla nestas poucas linhas. É por isso que nos serviremos de alguns pilares essenciais e fundacionais do que entendemos por “cultura”, para tratar de discernir a íntima, potente e imprescindível relação entre a Cultura e a Primeira Infância. Propomos um decálogo de artigos para concretizar em políticas públicas nos níveis federal, estadual e municipal aquilo a que se refere o Art. 15, anteriormente mencionado. Peço desculpas por não abordar neste artigo algumas das noções mais contemporâneas de Cultura ou outras referidas a concepções mais institucionalizadas, entre outras a cultura entendida como a estrutura de ensino dos gregos: a *Paideia*.

1.1. O que entendemos por “cultura”?

Ao buscar a origem da palavra “cultura” nos rastros materiais e imateriais do conceito, mas também como afeto e como preceito, remontamo-nos aos tempos em que a humanidade começava a cultivar a terra, a cozinhar os alimentos, a enterrar seus mortos e a celebrar a vida. Criamos uma representação daquilo que está ausente e, diante das considerações da presença contemporânea, como aquilo necessário para colocar os sujeitos de cultura no centro gravitacional do desenvolvimento da humanidade e na denúncia de uma atitude perdulária e “curto-prazista”. O ser humano é feito de desejos e considerações. Segundos os rastros que têm

sido encontrados até agora, a cultura aparece como tal há 40.000 anos aproximadamente. Mas as datas não são importantes, já que são variáveis de um autor a outro. Destes fenômenos poderíamos situar a Cultura como um conceito que surge no momento em que a criatividade da humanidade se cristaliza em peças, em provas empíricas que resistem à degradação do tempo.

A concepção etimológica latina da palavra cultura remete a um dos campos semânticos mais ricos da sua família linguística do português-latim-italico-indo-europeu do prefixo *cul-* ou *cult-*⁵⁶ da palavra cultura, que é *kwel-*, que significava ‘remexer’, ‘mexer ao redor’ e agrupa os significados como ‘dar a volta’, ‘sulco’, ‘girar’, ‘roda’, ‘caminhar por aí’, ‘estar ou estabelecer-se aí’. Da raiz *K-el* temos a palavra latina *colō* que significava ‘cultivar’, ‘habitar’ e que derivou em palavras como *colono*, *colônia*, *cultura*, *cultivar*, *cuidar*, *agrícola*, *culto* (as deusas), etc... Desta etimologia latina, obtemos na atualidade uma noção ampla de “cultura”, entendida na sua vertente agrícola, cíclica e estacional, entendida como cultivar no processo de remexer a terra e fazer sulcos nela, plantar as sementes, cuidar dela, recolher os frutos... e voltar a começar de novo em cada ciclo vital. A agricultura foi inventada quase simultaneamente em numerosos lugares do mundo⁵⁷ com o surgimento paralelo de um tipo humano com o qual temos certa afinidade: o *Homo sapiens*.

A partir de uma consideração da arte paleolítica e neolítica, os estudos de Gimbutas (1989)⁵⁸, ou os posteriores de Anne Baring e Jules Cashford (1991)⁵⁹ sobre *arqueomitolgia*, refletem dois sistemas básicos simbólicos diferentes: um que reflete uma cultura matriarcal - gilânica⁶⁰ (um sistema social baseado na igualdade de mulheres e homens) -, e outro androcático - baseado no mito do caçador.

Joseph Campbell⁶¹ os explica da seguinte forma:

Os guerreiros indo-europeus invadiram no quarto, terceiro e segundo milênio a.C. trazendo uma colisão de duas mitologias, uma em que a materno-linear ou linha materna é a que domina e está relacionada com a mãe, e outra paterno linear, que marca a identidade através do pai.

As deusas mães apareciam na arte paleolítica como pequenas esculturas nos lugares de sepultamento em elementos sempre perduráveis, enquanto que os xamãs e os animais eram pintados nas paredes das cavernas onde se ritualizava a caça e os ritos de iniciação (BARING; CASHFORD, 1991). As figuras gestantes das esculturas, junto com elementos simbólicos de uma grande riqueza e variedade, fazem pensar em uma mitologia da deusa-mãe em torno da ideia de fertilidade, a percepção do tempo como uma figura de movimento cíclico eterno em espiral, a natureza sagrada da vida em todos os aspectos, o culto à regeneração, de renascimento e transformação depois da morte. Em contraste, o mito do caçador estava relacionado com o drama da sobrevivência, com a ação de matar como um ato ritual para viver, numa linha temporal contínua e finita, de caráter trágico. Duas formas básicas de entender o instinto, como renascimento e sobrevivência, e que são essenciais para entender a Cultura hoje.

56 Dicionario Etimológico Indoeuropeo de la Lengua Española. Edward A. Roberts e Bárbara Pastor, Madrid, Ed. Alianza Editorial, 1996, 1997, 2001, 2005, 2007.

57 Há 12.000 anos a.C. aproximadamente, no Oriente próximo, 10.000 a.C. aprox. na China, e um pouco mais recentemente na América do Sul, coincidindo com um aquecimento climático no final da última glaciação (entre 50.000 e 10.000 a.C.- com o degelo dos glaciares (com a consequente subida dos níveis do mar) que cobriam grande parte da esfera terrestre.

58 Entre o -4000 a.C e o -2000 a.C, segundo GIMBUTAS, Marija. The languages of the goddess, New York, Ed. Thames & Hodson, 2001.

59 BARING, Anne; CASHFORD, Jules. *The myth of the Goddess: Evolution of an image*. 1991.

60 <http://egov.ufsc.br/portal/conteudo/gilania-e-historia>.

61 CAMPBELL, Joseph. *Goddesses: Misterie of the Feminine Divine*. Novato, California, Ed. New World. Library, 2013.

1.2. A singularidade do ser humano é a sua criatividade?

A Cultura é um valor adquirido, não pelo tempo, mas pela potência criativa do ser humano. Cultura é o que a humanidade tem para reconhecer a sua própria singularidade. No afã de datar e achar a origem da humanidade do ponto de vista diacrônico, em âmbitos como a Pré-história, a Arqueologia ou a Paleontologia, o único argumento que ainda se sustenta para distinguir os humanos dos homínídeos ou dos macacos é a criatividade artística. Quando os arqueólogos descobrem recentemente evidências importantes de marcação intencional de objetos, como em alguns lugares da África do Sul, como nas cavernas de Blombos⁶², datados aproximadamente de -75.000 anos, ou os recentes ovos de avestruz com gravações na cova de Diepkloof, datados aproximadamente de -60.000 anos, tratam de interpretar os significados das suas representações abstratas e geométricas e muitas vezes ficam limitados por não dispor dos meios para interpretar os significados, além de poder evidenciar em termos gerais que se trata de uma “*cultura material usada para armazenar informação*”. Mas, quando se encontram outras peças arqueológicas da arte figurativa, como a escultura da Vênus de Hohle Fels, descoberta na Europa, que data de 35.000 a 40.000 anos, a presença da humanidade é mais fácil de ser reconhecida e evidenciada na própria representação criativa dos seres humanos. Capacidade crucial que foi descoberta recentemente em bebês recém-nascidos capazes de reconhecer o rosto da mãe entre outras faces muito parecidas ou de ter uma imagem holográfica da própria língua sem jamais tê-la visto antes na vida intra-uterina. Provavelmente, no futuro, outras descobertas fósseis permitirão evidenciar representações figurativas anteriores e associá-las às descobertas realizadas em áreas, como as neurociências ou a psicologia evolutiva. Mas, sabendo que a humanidade só consegue se reconhecer através de suas manifestações artísticas e estéticas, por enquanto, a pergunta inevitável é: “– O que estamos fazendo para potencializar ou obstaculizar hoje essa capacidade criativa?”; “– O que estamos fazendo para que as futuras gerações possam nos considerar humanos, porque temos Cultura?”.

1.3. O fogo tem contribuído ao desenvolvimento cerebral e cultural?

Se aceitamos que uma das acepções de Cultura era a de “remexer” ou “mexer ao redor”, “girar”, como verbos que sinalizam ações agrícolas, poderemos deduzir que também estão entre as ações decorrentes da agricultura, a preparação dos alimentos, e, notavelmente, a aparição, o uso e domesticação do fogo, do fogo que poderíamos chamar de prometeico⁶³. Há -500.000 anos, aproximadamente, apareceu o uso sistematizado do fogo em lares; embora tenham se encontrado traços do uso do fogo de até 1,4 milhões de anos. Mas “o quando” não é tão relevante como o “como” aparece o fogo e o “que” provoca a sua aparição do ponto de vista do desenvolvimento humano, da emergência explosiva cultural (-40.000 anos), e da primeira infância. Na época do famoso *Homo Erectus*, em que se estabelecem populações por todo o mundo, o fogo abre o mundo da noite, o mundo lunático. Um mundo propício à criação, ao imaginário, à maravilha, ao encantamento e aos medos. Podemos imaginá-los, nas veladas da noite, no brilho das chamas que projetam formas estranhas no fundo das paredes, contam-se histórias, dançam, e começam a inventar a condição humana.

62 HENSHILWOOD et alii: “Emergence of modern human behavior: Middle Stone Age engravings from South Africa”. Science. American Association for the Advancement of Science. Washington, 2002. HENSHILWOOD et alii.: “Engraved ochres from the Middle Stone Age levels at Blombos Cave, South Africa”. *Journal of Human Evolution*, 2009.

63 CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alin. *Diccionario de los simbolos*. Barcelona: Ed. Herder, 1986. O mito de Prometeu, “de pensamento previsor”, situa-se simbolicamente na historia da criação evolutiva que tende ao ser e não ao poder: marca o advento da consciência, a aparição do ser humano.

A domesticação do fogo joga um papel muito importante no salto cultural e tecnológico. Como diz o paleontólogo francês Pascal Picq⁶⁴:

Com certeza a domesticação do fogo teve um papel importante na vida, nos hominídeos e na sua morfologia. O fogo permite se esquentar, se proteger, cozinhar os alimentos. E o cozimento permite que a carne seja mais saborosa, mas principalmente o amido dos vegetais fica muito mais digerível. Esta inovação técnica e cultural vai ter um efeito muito importante sobre a evolução anatômica. O nosso cérebro é um desastre ecológico: representa 2% da massa corporal e absorve entre 20 e 25% da energia que consumimos por dia! A cocção dos alimentos permitiu fazer saltar o trinco fisiológico e metabólico que vai dar uma grande cabeça aos seres humanos: a sua capacidade craniana vai atingir os 1400 cm³. Evidentemente, este crescimento não será realizado sem abrir novas potencialidades cognitivas...

Mas sabemos também que não é só o tamanho do cérebro que faz diferença no desenvolvimento de uma espécie, mas o modo em que ele se organiza. A primeira infância é o período crítico no modo em que se organiza o cérebro. A mudança climática deixou pastos onde havia glaciares, o cultivo se estendeu e as formas de organização e de sedentarismo mudaram. Como os cereais e o gado permitiam alimentar muito mais pessoas que a caça e as frutas, as populações cresceram com muita velocidade. O fogo, além de proteger e desinfetar de germes e bactérias a alimentação da mãe e das crianças nos momentos mais críticos do seu desenvolvimento, trazia um aporte energético imprescindível para a alimentação de um bebê em crescimento e de uma mãe que devia aleitá-lo. Alguns estudos apontam que para alimentar o nosso corpo, se não tivéssemos o fogo, precisaríamos de um aporte energético de 8 refeições por dia... A consequência destas alterações foi permitir que as populações agrícolas tivessem bebês com infâncias cada vez mais prolongadas e com gestações mais curtas, mais “prematuros”. Um nascimento cada vez mais prematuro com um desenvolvimento progressivamente mais cultural que genético é o que os expertos chamam de altricialidade secundária. Segundo Cunha (2010), altricialidade secundária significa o padrão de desenvolvimento típico do *Homo sapiens* em que o cérebro cresce principalmente durante a gestação e o primeiro ano de vida, fazendo com que os recém-nascidos sejam muito dependentes dos progenitores... Altricial significa que “precisa de alimento”, e é uma palavra latina em que a raiz significa “cuidar, criar, ou alimentar” e se refere à necessidade dos recém-nascidos e das crianças mais jovens de serem cuidadas durante um longo período. As espécies com altricialidade primária são aquelas em que os jovens têm rápida mobilidade e recebem a denominação “precocial”. Neste sentido, Pascal Picq afirma:

O fato de ter parido bebês cada vez mais imaturos tem um papel importante no surgimento da linguagem e da cultura. Uma bipedestação eficaz era completamente incompatível com a colocação no mundo de recém-nascidos com cabeça grande: correr é possível só com uma pelve estreita; a evolução não só improvisa como não é perfeita! A partir do momento em que o cérebro dos hominídeos começou a crescer de forma notável, a única solução para que as mulheres não morressem no parto era ter crianças que fossem “prematuros”. Hoje o cérebro de um humano no nascimento é muito pequeno: ao redor de 25% do seu tamanho adulto. E o seu crescimento continua pelo menos durante dez anos. Podemos compará-lo com um cérebro de um pequeno chimpanzé que representa já uns 40% do seu tamanho adulto e que não cresce mais depois de 2 anos.

64 PICQ, Pascal; SAGART, Laurent; DEHAENE, Ghislaine; LESTIENNE, Cécile. *La plus belle histoire du langage*. Paris: Ed. Seuil, 2008.

Pascal Picq traz a colocação de que a humanidade nasce “prematura” e precisa, em relação a outras espécies, um período de cuidado (de “cultura” na sua etimologia) também mais prolongado. Se pensamos, por exemplo, na autonomia e vemos quanto tempo demora um cavalo recém-nascido (com *precocidade* primária) para se erguer, caminhar e correr – o que normalmente acontece no mesmo dia do nascimento –, e o comparamos com os períodos de dependência motriz prolongado do ser humano, que é variável, mas que acontecerá normalmente em períodos de vários meses, entre 6 a 9, 15 ou mais meses, nos depararemos com o fato de que a espécie humana nasce efetivamente prematura, dependente, sem autonomia e vulnerável. A certo ponto, o bebê se cria, os dentes começam a crescer enquanto a laringe desce, começa a não poder respirar e tragar ao mesmo tempo, que é um fato biológico essencial para a articulação da linguagem; começa a rastejar-engatinhar-correr, e a se alimentar da matéria orgânica animal morta, de carne, de frango, de pescado, e dos vegetais dos cultivos, etc. Começa a se separar da mãe, depois de ter tecido um vínculo de amor incondicional extremamente poderoso.

1.4. A dependência prematura é o caminho da liberdade do ser humano? Fragilidade no epicentro da potência?

Mas essa “pré-maturidade” é vital para desenvolver as tarefas de pesquisa, criatividade e de aprendizagem mais sofisticadas e complexas em comparação com qualquer outra espécie animal. Para a psicóloga evolucionista, Alison Gopnik, essa organização cerebral durante a primeira infância, de transmissão, recriação e representação cultural, muito mais que um desenvolvimento progressivo, é uma autêntica metamorfose. Descreve esta etapa como a passagem da borboleta (período da infância) ao casulo (período adulto). O fato de que os seres humanos tenham um período de imaturidade e de dependência muito mais prolongado, como uma infância muito mais comprida que outras espécies animais, tem sido visto pela sociedade moderna como uma carga inútil, como algo excessivamente trabalhoso para os genitores ou, no melhor dos casos, como uma passagem sacrificada para tempos mais produtivos. Estudos recentes demonstram que as espécies animais com infâncias mais prolongadas, ou que nascem com maior “imaturidade”, como os corvos ou os chimpanzés ou os bonobos, são precisamente aquelas que desenvolveram mais possibilidades criativas, mais cultura, sabem fazer mais coisas com menos elementos. Enquanto uma galinha, por exemplo, tem um repertório muito menor de capacidades para desenvolver tarefas que não sejam aquelas que foram programadas geneticamente.

Para Gopnik (2009), este período de imaturidade, que é a primeira infância, é fundamentalmente de pesquisa criativa, porque permite desenvolver ferramentas extraordinariamente sofisticadas e um potencial imenso para criar “teorias”, mapas causais ou contrafatuais, sobre “teorias” e práticas para transformar o mundo e se relacionar com os outros. Assim, chama, não sem certa ironia, a primeira infância como o Departamento de Investigação e Desenvolvimento da “empresa”, enquanto a vida do adulto seria muito mais o Departamento Executivo de Produção e Marketing. Do ponto de vista evolutivo, essa aparente fragilidade, vulnerabilidade e dependência, que nos coloca como absolutos inválidos ao nascer, é o que ocasionou que a humanidade se metamorfoseasse, dando grandes saltos criativos, inventivos, de aprendizagens à velocidade exponencial e de avanços tecnológicos que não respondem a progressos graduais. Principalmente, porque essa vulnerabilidade é motivo de um amor incondicional e de uma confiança essenciais para a aventura em áreas escuras, fora do lar seguro. Uma vinculação que gera os tecidos sociais mais sólidos, onde os vínculos de apego seguro permeiam as chaves da coragem e da confiança necessários para transformar os mundos desafiadores e hostis. O período de imaturidade tem sido para Gopnik (2009) progressivamente mais prolongado no avanço da história dos

seres humanos e isso nos coloca, perante a cultura, na responsabilidade de cuidar cada vez mais dos períodos prolongados de primeira infância; e por extensão, da puerícia e da adolescência:

Um animal, que depende do conhecimento acumulado das gerações passadas, tem que ter um tempo para adquirir este conhecimento. Um animal que depende da imaginação e da sua criatividade tem que ter um tempo para exercê-las. A infância é esse período. As crianças estão protegidas das exigências usuais da vida adulta, não precisam caçar um leão ou se proteger de um tigre dente de sabre (GOPNIK, 2009).

Em consequência, não podemos entender o conceito de cultura seja como ‘culto’ ou ‘cultivo’, fora da noção de “cuidado”. A cultura como forma de “cuidar da humanidade no seu presente”, para proteger o seu desenvolvimento e a sua memória.

1.5. A nossas Culturas depende do cuidado das primeiras infâncias?

A neurolinguista Patricia K- Huhl se perguntava em uma das suas conferências na frente de uma fotografia de uma mãe que fala Koro (uma língua minoritária na Índia), porque as mulheres, com objeto de preservar da desapareição o Koro, uma língua que só é falada por 800 pessoas no mundo, perguntava-se de forma crítica porque as mulheres falavam para os bebês recém-nascidos e não para outros adultos? A resposta da Doutora Kuhl era que o nosso período crítico neuronal para aprender uma língua é até os 7 anos (a primeira infância) e depois o declínio é uma curva que cai de forma exponencial com incremento da idade depois da puberdade. A doutora afirmava que neurologicamente os bebês “*são autênticos gênios da linguagem*”. Caberia se perguntar porque seguimos chamando os bebês de bebês, palavra que vem de palavras como baba, balbuciante, bárbaro, bobo, baboso, e em outras línguas, baby, bambino, bebé ou o nosso bebê. Se bem foram os gregos como o Heródoto, os que descreveram os bárbaros como aqueles que não falavam grego, foram os romanos, chocados pelas invasões germânicas os que começaram por opor “selvagem” a “civilização (o *humanitas* latino)”, descrevendo os bárbaros como aqueles que estavam fora das fronteiras do império, os que não tinham cultura. Assim, a palavra “bárbaro” começou a ter uma conotação pejorativa e o qualificativo imitava depreciativamente a fala inexpressiva, gaguejante, daqueles que não sabem falar. A palavra “bárbaro” é sinônimo etimológico de “bebê”. Mas se para a doutora Kuhl e outros pesquisadores a primeira infância é a idade crítica de transmissão de uma língua, no sentido patriarcal da transmissão patrimonial como veículo principal de transmissão cultural, não será que neurologicamente a primeira infância seja também a idade crítica para a transmissão cultural através da comunicação artística como a contação poética e narrativa, no canto, na música, no teatro, na dança ou nas artes plásticas? Não será que os cuidados primordiais na primeira infância são o berço que preserva uma cultura da sua desapareição? Não será que o que conhecemos na biologia como célula mitocondrial (nome escolhido não por acaso) seria o nosso motor energético biológico, onde a informação genética do DNA preserva os “mitos” (os fios na sua etimologia) e as “-condrias” as sementes culturais da humanidade? Hoje temos suficientes dados recolhidos nos últimos 15 anos, nas nossas oficinas e peças teatrais desenvolvidas em creches e teatros em diversos países, para poder afirmar, a partir do modesto rigor da nossa experiência, que na “mitocôndria” deve se encontrar o livro (mais que o código) genético das culturas da humanidade. A epigenética cultural será descrita nos próximos anos como o campo crítico de desdobramento das informações genéticas mitocondriais veiculadas por proteínas que dependem da expe-

riência cultural do ser humano nos seus primeiros anos de vida. Os poetas como William Wordsworth⁶⁵ em 1807 ou Lorca em 1928 já falavam, antes que os neurocientistas da atualidade, dessa idade crítica para as artes da primeira infância. Federico García Lorca na sua conferência sobre as canções populares de ninar descrevia essa relação íntima entre mães e bebês como uma idade em que os recém-nascidos são poetas com “os centros nervosos ao ar” adiantando-se em 70 anos aos descobrimentos recentes das neurociências:

*Esclarecimento de porque canto*⁶⁶

Neste tipo de canção, a criança reconhece o personagem e, segundo sua experiência visual, que sempre é mais do que supomos, perfila sua figura. Está obrigado a ser um espectador e um criador ao mesmo tempo, e que criador maravilhoso! Um criador que possui um sentido poético de primeira ordem. Não temos mais que estudar seus primeiros jogos, antes de que se turbe de inteligência, para observar que beleza planetária os anima, que simplicidade perfeita e que misteriosas relações descubrem entre coisas e objetos, que Minerva não poderá nunca decifrar. Com um botão, um carretel de linha, uma pena e os cinco dedos de sua mão, a criança constrói um mundo difícil cruzado de ressonâncias inéditas, que cantam e se entrecrocaram de turvadora maneira, com a alegria daqueles que não devem ser analisados. Muito mais do que pensamos, compreende a criança. Está dentro de um mundo poético inacessível, onde nem a bisbilhoteira imaginação, nem a fantasia tem entrada; planície com os centros nervosos do ar, de horror e beleza aguda, onde um cavalo branquíssimo, metade de níquel, metade de fumaça, cai ferido de repente com um enxame de abelhas cravadas de furiosa maneira sobre seus olhos. Muito longe de nós, a criança possui íntegra a fé criadora e não tem ainda a semente da razão destrutora. É inocente e, portanto, sábia. Compreende, melhor que nós, a chave inefável da substância poética.

As manifestações destes cultos ao oculto tem se mantido nas diversas formas de rituais através do que hoje chamamos ‘as artes ao vivo’: o teatro, a dança, a música, e o circo, sendo seus principais representantes. Se consideramos a Cultura como o campo que deve ser cultivado, as artes seriam as sementes que devem ser cuidadas em continuidade, atendendo a seus ciclos e aos ciclos da primeira infância.

Quanto menor é a cultura de um povo, menor é a sua criatividade para afrontar as dificuldades e menores são as suas possibilidades de resiliência ante qualquer dificuldade.

2. A ATUAÇÃO DO GRUPO LA CASA INCIERTA

Nos últimos 15 anos, inúmeros bebês e recém-nascidos participaram de nossas peças de teatro, quase diariamente. Às vezes, atuamos com vários grupos por dia, nas creches ou nos próprios teatros. E temos o privilégio de ver, diariamente, que os bebês já nascem poetas e precisam ser reconhecidos por poetas para não morrerem abandonados. Nesta prática, tivemos o privilégio de assistir em primeira fileira ao acontecimento diário que nos ofereciam recém-nascidos, bebês e crianças como um público pleno, de inigualável sensibilidade, delicadeza e capacidade de se maravilhar na aventura ao desconhecido. Tínhamos e temos a certeza que éramos olhados por poetas, por músicos, por bailarinos, por olhares grandes e generosos. Com uma

65 WORDSWORTH, William. Editora Arthur Quiller-Couch. Ode Intimations of Immortality from Recollections of Early Childhood <http://www.bartleby.com/101/536.html>.

66 LORCA, F. G. Fragmento extraído da Conferência sobre as canções de ninar, falando da capacidade poética dos recém-nascidos. Manuscrito original na Biblioteca Nacional de España. Trad. do autor.

capacidade incomensurável de amar e ser amados. Capazes de criar o silêncio da contemplação sagrada em nossa sensibilidade de adultos ensurdecida pelo barulho. E só podemos agradecê-los por estar aí, inocentes e sábios, como dizia o poeta Federico Garcia Lorca. Somos todos convidados a fazer todos os esforços para que a primeira infância seja o verdadeiro motor e viveiro onde se renova a Cultura, onde renasce depois de cada Lua nova.

3. CARTA DE RESPONSABILIDADES E DIREITOS À CULTURA

A primeira infância tem direito à Cultura, a ser cuidada, cultivada e ter acesso aos cultos, às artes, à experiência estética. Assim, a partir da experiência vivenciada e do documento do *Teatro Testoni La Baracca*: “*Carta dei diritti dei bambini all’arte e alla cultura*”, proponho a seguinte Carta de Responsabilidades (dos adultos) e Direitos (das crianças) à Cultura:

Os adultos têm a responsabilidade e a primeira infância tem o direito:

- 1. de ser cuidada, cultivada e de se aproximar da arte em todas as suas vertentes e principalmente nas manifestações ao vivo, como: teatro, música, dança, circo, poesia e artes plásticas e daquelas gravadas em diferentes suportes como a literatura, artes visuais, cinema, ou multimídia;*
- 2. de experimentar e desenvolver na cotidianidade as linguagens artísticas, pois elas são saberes fundamentais;*
- 3. de fazer parte dos processos artísticos que nutrem a inteligência emotiva de cada um, que alimentam as suas capacidades estéticas e cinestésicas, que potencializam a criação e fortalecimento de vínculos afetivos e de confiança, e que ajudam a desenvolver a sensibilidade e a potência artística. Os processos artísticos permitem desenvolver o pensamento divergente, o potencial criativo e de pesquisa nos processos básicos de discernimento crítico e de inteligência;*
- 4. de desenvolver as capacidades estéticas e criativas em campos semânticos e semióticos não estruturados, levando em consideração as diferentes habilidades através da relação livre, criativa no brincar com as artes e nas artes;*
- 5. de desenvolver e desfrutar, através da relação contemplativa das criações artísticas de qualidade, criadas para todas as crianças, mesmo no que diz respeito às diferentes faixas etárias; e de participar de eventos artísticos e culturais com frequência, e não apenas ocasionalmente durante a vida escolar e nas creches e pré-escolas e na vida comunitária;*
- 6. de ter uma relação de confiança e proximidade com a arte e a cultura sem serem tratadas como consumidores ou como alunos a ser doutrinados, mas como sujeitos com um potencial superior de extremada sensibilidade, delicadeza e inteligência. A frequentar museus, teatros, bibliotecas, cinemas e outros lugares de cultura e artes ao vivo, junto com os companheiros de escola, com a família ou com aqueles que tenham a responsabilidade do cuidado, do respeito e do acompanhamento;*
- 7. a frequentar instituições artísticas e culturais disponíveis e adaptadas às suas diversas necessidades, seja com a família ou com a escola, para descobrir e viver tudo o que o*

território oferece. A compartilhar com a família o prazer de uma experiência artística. A ter um sistema integrado entre escola e as instituições artísticas e culturais, pois só uma interação continuada pode oferecer cultura viva. A frequentar uma escola que seja real via de acesso para uma cultura ampla e pública;

8. *a uma cultura laica, que viabilize o respeito a toda identidade e diferença; à integração e ao respeito às diferenças raciais e culturais através do conhecimento, no acesso e convívio do patrimônio artístico e cultural da comunidade em que vivem;*
9. *a viver experiências artísticas e culturais em lugares idealizados e estruturados para serem acolhidas em suas idades, acompanhadas de suas/seus professores/as, cuidadores/as como potencializadores necessários para apoiar e valorizar suas percepções e questionamentos não programados;*
10. *de participar das propostas artísticas e culturais da cidade, independentemente das condições sociais e econômicas a que pertence, porque todas as crianças têm direito à arte e à cultura.*

4. MOVIMENTO DE INTEGRAÇÃO CULTURA-EDUCAÇÃO

Nos dias 3 e 4 de setembro de 2015, foi realizado no Museu da República, em Brasília-DF, o **I Encontro Nacional Cultura e Primeira Infância** com objetivo de discutir as políticas públicas de Cultura que se dirigem às crianças de até 6 anos de idade. Este Encontro foi realizado a partir de uma parceria entre a **Rede Nacional Primeira Infância** e a **Secretaria de Formação e Educação Artística do Ministério da Cultura**. A partir do intercâmbio de experiências, nacionais e internacionais, entre representantes da sociedade civil organizada, do poder público e pesquisadores de universidades foi formulada na Carta de Brasília:

CARTA DE BRASÍLIA

CULTURA E PRIMEIRA INFÂNCIA

Brasília, 4 de setembro de 2015

O I Encontro Nacional Cultura e Primeira Infância foi realizado nos dias 3 e 4 de setembro de 2015, no Museu da República do DF. Seu objetivo foi discutir as políticas públicas de Cultura que se dirigem às crianças de até 6 anos de idade. Numa parceria entre a Rede Nacional Primeira Infância e a Secretaria de Formação e Educação Artística do Ministério da Cultura, foi promovido um intercâmbio entre profissionais que atuam no campo da educação e da cultura. Representantes da sociedade civil organizada, do poder público e pesquisadores de universidades apresentaram experiências e iniciativas pioneiras, nacionais e internacionais, enriquecidas por pressupostos teóricos, que constituíram uma importante contribuição à formulação e implementação de políticas culturais para a Primeira Infância.

Os participantes formaram cinco grupos temáticos, cujas conclusões e recomendações são apresentadas a seguir.

1. A Cultura e a Arte na Educação Infantil

As unidades de Educação Infantil devem ser espaços que acolham toda a comunidade, seus saberes e repertório cultural. A Cultura de cada comunidade já está inserida dentro do contexto das Unidades e assim deve ser valorizada, proporcionando diálogo com e entre as famílias e os educadores. Para tanto, sugerimos a criação e desenvolvimento de um Programa de Cultura e Arte para as Unidades de Educação Infantil em que sejam trabalhadas as memórias e as poéticas que representam o passado e o presente das comunidades, pensando especialmente as que envolvem a própria criança e sua relação com seu ambiente. É necessário também o desenvolvimento de uma política de formação inicial e continuada de educadores para Educação Infantil, envolvendo as esferas Municipal, Estadual e Federal e incluindo as práticas de cultura infantil, popular e contemporânea, já existentes.

Outro ponto fundamental é aproximar o artista das Unidades; estes, em parceria com os educadores, favorecem a inserção, a interação, a observação e a potencialização da criatividade e da sensibilidade infantil. Em consonância com conceitos e proposições já acolhidas pelo MEC, deve-se possibilitar que as Unidades de Educação Infantil sejam como um quintal e prevejam uma arquitetura sensível, iluminada, fresca, integrada à natureza e que acolham materiais não estruturados e diversos, que permitam a potencialidade de invenção e criação infantil; devem constituir-se como espaços amigáveis e saudáveis que garantam a qualidade do desenvolvimento da criança, da sua saúde e de sua vida.

2. Arte e a Cultura como encontro com experiências estéticas, não como instrumentalização para fins pedagógicos

O encontro com a experiência estética potencializa a expressão humana em suas múltiplas linguagens e, por essa razão, deve ser central na Educação Infantil a fim de desenvolver a sensibilidade, a criatividade e a autonomia das crianças.

O brincar deve ser reconhecido como linguagem primordial da cultura da infância, pois a arte, a cultura e o brincar têm finalidade em si mesmos, e não devem ser usados a partir da concepção que os enxerga tão somente como instrumentos pedagógicos.

Isso implica em garantir a liberdade de ideias, afetos e olhares plurais, laicos e diversos da vida. É importante que a criança tenha acesso às diferentes linguagens artísticas, diversificando e ampliando seu repertório cultural, tanto dentro da escola como nos espaços de criação, produção e difusão cultural da cidade e demais ambientes pelos quais transita e se relaciona.

Para tanto, os professores, gestores, artistas e comunidade precisam dialogar, cooperando para o fortalecimento da escola como espaço de experiências e aprendizagens, não permitindo que a arte e a cultura sejam instrumentalizadas para fins meramente didáticos, esvaziando-as de sua autêntica e específica natureza.

A escola deve ser, portanto, um espaço de experimentação, produção e criação junto aos artistas. Professores e gestores devem vivenciar as linguagens artísticas para que consigam encontrar em si potencial criativo e, assim, serem capazes de compartilhar experiências poéticas com as crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrevo este artigo para que sejam respeitados e cumpridos integralmente os direitos da Primeira Infância do Brasil, para que as leis deixem de ser papel molhado com as lágrimas de mais de 20 milhões de crianças

e recém-nascidos. Para que eles, e os que ainda não nasceram, possam ser olhados nos olhos com respeito e dignidade. Não faltam argumentos que justifiquem uma saída corajosa do egoísmo adultocêntrico para que os representantes legítimos do país coloquem efetivamente a primeira infância como prioridade absoluta e em primeiro lugar na distribuição e aplicação orçamentária, na garantia integral dos direitos, no máximo esforço e diligência na aplicação dos recursos, na máxima excelência na formação dos quadros que devem zelar pela parte da população mais valiosa: as crianças em sua etapa primordial de desenvolvimento.

O reconhecimento da importância de promover experiências artísticas e acesso aos bens culturais desde o início da vida, ou seja, na Primeira Infância, é um passo promissor na melhoria da qualidade de vida de nossas crianças e, por consequência, da sociedade em geral. Neste momento em que se avança na construção do marco legal da Primeira Infância, ao mesmo tempo em que os educadores encontram-se em processo de oferta da Educação Infantil obrigatória a partir dos 4 anos de idade, a proposta de integração entre Cultura e Educação representa a possibilidade de oferta de experiências escolares mais apropriadas a este período do desenvolvimento. O lúdico no jardim das sementes culturais renovadoras é a principal estratégia de educação e da pedagogia na Primeira Infância. Experiências de encontro com o patrimônio cultural, de modo alegre e espontâneo. Experiências que promovam a expressão da criatividade, experiências que promovam o desenvolvimento da sensibilidade são muito mais recomendadas que a reprodução do modelo escolar tradicional. Neste sentido, é importante valorizar as modalidades culturais específicas da primeira infância, levando em consideração as recomendações que aqui foram apresentadas.

BRINCAR: UM DIREITO E UM DEVER

Marilena Flores Martins

Assistente Social, com experiência em Saúde Mental. Consultora. Co-fundadora da IPA Brasil – Associação Brasileira pelo Direito de Brincar e à Cultura.

Sob o ponto de vista da legislação brasileira, o direito ao brincar e à recreação é assegurado tanto pela Constituição Federal (Art. 227) quanto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Arts. 4º e 16), tratando este último do direito à liberdade, compreendendo oito aspectos, dentre eles, no inciso IV: “brincar, praticar esportes e divertir-se”. No que se refere à Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (DCNEIs)⁶⁷ reforçam a perspectiva da criança como sujeito histórico e de direitos que, entre diversas coisas, brinca e fantasia. Em seus princípios e em suas propostas político-pedagógicas, as DCNEIs ressaltam a ludicidade e a importância de ambientes que favoreçam a criatividade, a cultura e as artes.



Fotografia: Irene Quintáns

Além destas, no Brasil, a Lei Federal 11.104/2005 determina que os ambientes especializados para oferecer atendimento de saúde às crianças, tais como hospitais com atendimento pediátrico, devem assegurar esses mesmos direitos para as crianças atendidas, com instalações adequadas e pessoal capacitado para atuar nas brinquedotecas hospitalares.

No entanto, apesar de todas as conquistas já alcançadas em nosso país, no que se refere aos direitos das crianças, existem ainda alguns aspectos que parecem continuar “esquecidos”. Entre eles estão os direitos contidos no Artigo 31 da Convenção dos Direitos da Criança (CDC/ONU) que “reconhece o direito de cada criança ao descanso, lazer, jogo, atividades recreativas e livres e plena participação na vida cultural e artística”. Este artigo foi considerado tão importante pela CDC que mereceu a aprovação, em fevereiro de 2013, de um

⁶⁷ A Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009, do Ministério da Educação (MEC), por meio do Conselho Nacional de Educação (CNE), na Câmara de Educação Básica, fixa as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil (DCNEI).

documento complementar denominado Comentário Geral no 1768, que definiu claramente as obrigações dos governos signatários da Convenção no que se refere aos direitos contidos no mesmo.

O documento se baseia na premissa de que os direitos contidos no Artigo 31 da CDC têm aplicação universal na diversidade das comunidades e respeitam o valor de todas as tradições e formas culturais. Os direitos devem ser desfrutados por toda criança, independentemente do lugar onde ela vive, de seu patrimônio cultural ou de sua condição social.

Antes de tudo precisamos refletir sobre as bases sobre as quais esse documento foi elaborado. Elas são decorrentes de estudos da Neurociência, associados a estudos sociológicos e econômicos, que vêm dando sustentação a todas as políticas públicas voltadas à defesa dos direitos da Primeira Infância, a exemplo do Projeto de Lei 6.998, de 2013, que define o Marco Legal da Primeira Infância e propõe alterações no Estatuto da Criança e do Adolescente, no que se refere aos direitos das crianças nessa faixa etária.

Em seu artigo 5º, o Projeto de Lei assinala que: “Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas pela Primeira Infância a saúde, (...) o brincar e o lazer (...)”. No entanto, mudanças profundas no mundo em que as crianças estão crescendo vêm provocando impacto importante sobre a sua oportunidade de brincar. A população urbana está aumentando significativamente, assim como a presença da violência em todas as suas formas e locais: em casa, nas escolas, nas ruas. Este fato, ao lado da comercialização das oportunidades para brincar e das excessivas demandas educacionais influencia as formas de envolvimento das crianças nas brincadeiras e atividades recreativas, bem como nas atividades culturais e artísticas.

Em uma sociedade com mudanças culturais intensas e rápidas podemos observar o impacto nos padrões de comportamento das famílias, que se apresentam com diferentes formatos e tamanhos, em relação às gerações anteriores. Nas famílias atuais, a criança muitas vezes não tem irmãos ou amigos com quem brincar e as mulheres, muito preocupadas com a sua carreira profissional, passam um tempo menor com os filhos. Os pais, por sua vez, despendem longas horas no trabalho e as escolas, desde aquelas voltadas para a educação infantil, estão focadas na aquisição do conhecimento por meio de atividades estruturadas, em detrimento do livre brincar.

Neste contexto, o brincar das crianças assume uma importância ainda maior, uma vez que constitui a grande oportunidade para que elas desenvolvam sua criatividade, lidem com as emoções e desenvolvam habilidades sociais, psicomotoras e cognitivas. Assim, brincar, principalmente em espaços externos e com outras crianças, torna-se a alternativa para contrabalançar o grande espaço de tempo que as crianças passam diante da telinha, seja da TV ou do computador. Diante deste quadro, qual será o papel do brincar no futuro das crianças e como proporcionar-lhes maiores e melhores oportunidades de exercer esse direito?

Brincar é central para o desenvolvimento da saúde e da conduta infantil espontânea, desempenhando um papel importante no desenvolvimento do cérebro, especialmente nos primeiros anos de vida. As experiências intensamente vividas e carregadas de emoção positiva e sensações prazerosas são o passe mágico para proteger a natureza única e evolutiva da criança. **Brincar é essencial para o desenvolvimento da resiliência e oferecer espaços e ambientes que favoreçam o livre brincar é proporcionar condições para o desenvolvimento da criatividade, das competências e das habilidades necessárias para que ela exerça o papel que lhe cabe na comunidade em que vive, no presente e no futuro.** As brincadeiras e os brinquedos, objetos que fazem parte do imaginário infantil, quando bem escolhidos, são instrumentos importantes para o desenvolvimento das crianças, contribuindo para a sua educação.

68 Disponível em http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC/CRC-C-GC-17_en.doc



Fotografia: Irene Quintáns

Os bebês, a partir dos três ou quatro meses já dão sinais de interação com os adultos que deles cuidam. As brincadeiras, que podem acontecer durante todas as atividades de vida diária, estimulam a formação de vínculo com os seus cuidadores, vínculo este que se fortalecerá ao longo do primeiro ano de vida. À medida que as crianças se desenvolvem, brincar estimula a sua imaginação e capacidade criativa, aumentando as habilidades para atuar em grupo, sua competência para lidar com desafios e frustrações e desenvolve o humor, alicerces importantes da autoestima, o que certamente favorecerá o surgimento de indivíduos mais resilientes e equilibrados.

Quando a criança vai para os centros de educação infantil, muitas vezes, as brincadeiras são relegadas ao segundo plano, priorizando-se os cuidados com a higiene e alimentação. Já afirmava o psicanalista Winnicott (1971): “A escola tem a obrigação de ajudar a criança a completar essa transição do modo mais agradável possível, respeitando o direito de devanear, imaginar, brincar”⁶⁹.

Outra questão a ser considerada é a falta de oportunidades para as crianças brincarem em áreas externas, em contato com a natureza. Elas estão crescendo com menos liberdade para fazer suas próprias escolhas, perdendo a sua infância e a oportunidade de serem pessoas autônomas e independentes. Crianças já são normalmente ativas. Elas só precisam de espaço. Atualmente quase não é dada a elas a possibilidade de brincar com esforço físico.

O pesquisador americano Richard Louv publicou em seu livro “*Last Child in the Woods*”⁷⁰ um estudo onde conclui que uma nova geração já demonstra mais fraqueza em atividades, com relação à geração de crianças de dez anos atrás. Pesquisa esta, referendada pelo presidente da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, Dr. Edson Liberal, que afirma: “É questão do uso e desuso. O que você não usa, atrofia. O que você usa, melhora a sua performance, melhora a sua prática”.

Podemos citar alguns efeitos positivos de brincar na natureza: liberdade, criatividade, atividade física, estímulo, habilidade motora, imaginação, capacidade de observação, interações sociais, relaxamento, tolerância à diversidade. Atividades na natureza oferecem oportunidades para que todos se envolvam em eventos na sua própria comunidade, dando-lhes o sentido de pertencimento. A criança que brinca na natureza e livremente beneficia-se dos atributos da espontaneidade, autocontrole, imprevisibilidade, falta de propósito e controle pessoal. Os adultos devem permitir que as crianças brinquem!

69 WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. São Paulo: Imago, 1971.

70 LOUV, R. *Last Child in the Woods*. New York: Algonquin Books, 2005.

Mães, pais, educadores e, sobretudo, as crianças apontam para o decréscimo do brincar nos espaços públicos, principalmente nas grandes cidades, tanto em relação à frequência quanto à qualidade, com sensíveis prejuízos para os pequenos. Este fato sugere que o planejamento urbano dos espaços, principalmente aqueles que se propõem a atuar em rede, influencia diretamente no brincar das crianças. Atuar em rede é uma tendência crescente nos países desenvolvidos. O conceito implica na atuação conjunta dos responsáveis pelas redes de parques, redes públicas de esporte e lazer, redes de escolas, rede de lojas e de serviços, dentre outras.



Fotografia: Irene Quintáns

Crianças são protagonistas e organizam a sua cidade, demonstrando conhecer as operações necessárias para uma vida em comunidade. Elas ainda estabelecem regras e deveres quando são estimuladas a fazê-lo. Elas são os recursos mais preciosos e os adultos deveriam consultá-las para criar espaços para brincar, explorar e criar magia. Se as crianças participarem ativamente das ações em sua comunidade, crescerão com o sentimento de que estão aptas a participar do mundo adulto. Para aprender democracia é preciso vivenciá-la!

Reconhecendo e apoiando o pleito por espaços seguros e qualificados, o Projeto de Lei 6.998/2013 preconiza, em seu Art.17, que “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades”.

Outro aspecto a ser considerado é o da participação dos pais na promoção das oportunidades para brincar. Se, de um lado, a excessiva preocupação com a segurança das crianças pode tornar-se um impeditivo para o livre brincar, de outro, os pais que apoiam a autonomia dos seus filhos estimulam as brincadeiras ao ar livre, sendo esse apoio muito importante para que o brincar aconteça principalmente nos espaços externos. As crianças, por sua vez, preferem brincar com outras crianças e o fazem mais nos quintais de casa do que nos parques ou na natureza, por contingências alheias a elas. Informar e buscar o comprometimento de todos é, portanto, uma das metas a se alcançar.

Se brincar é um direito da criança, a oferta das oportunidades para brincar se torna um dever dos adultos, na medida em que as crianças dependem deles para ter esse direito assegurado. Pais, educadores, legisladores e gestores públicos precisam ser informados, sensibilizados e mobilizados para cumprirem o seu dever de proporcionar não só espaços internos ou virtuais, mas também espaços externos e na natureza, para que as crianças exerçam esse direito. As oportunidades para brincar levam a um aumento de repertório nas várias competências humanas, permitindo, sobretudo, a melhoria no processo ensino aprendizagem. Crianças que brincam têm, em geral, mais autonomia e participação nas atividades na escola e na comunidade.

A IPA – *International Play Association*⁷¹, organização não governamental existente há mais de 50 anos, atualmente com sede na Escócia, realizou, no ano de 2010, nos quatro continentes, uma pesquisa⁷² sobre as causas impeditivas do direito de brincar. Seus objetivos foram:

- Mobilizar uma rede mundial de defensores do Artigo 31 da CDC e ampliar o conhecimento sobre a importância do brincar na vida das crianças;
- Obter material específico para demonstrar a violação do direito de brincar; e
- Formular recomendações práticas para os governos sobre o tema, no sentido de atender ao que preconiza o Artigo 31.

Os resultados não foram os melhores, tendo sido identificadas 115 violações do direito de brincar pelo mundo. Apesar da importância do brincar em cada aspecto da vida das crianças, a consulta indicou pouco entendimento sobre a importância do brincar por parte de pais, profissionais, gestores públicos e legisladores. Ficou claro que esta é a principal razão para as violações do direito de brincar. As conclusões foram:

- Para melhor defender o direito de brincar é preciso destacar a importância do envolvimento massivo no processo de educação para todos os públicos, visando melhorar o entendimento sobre o tema;
- Comunicar aos legisladores e gestores públicos de todas as áreas, sobre a importância de se incluir o brincar em todos os programas voltados para as crianças; e
- Capacitar amplamente os profissionais que atuam com e para as crianças, no sentido de que compreendam a importância e as estratégias para se garantir o direito de brincar.

O baixo reconhecimento da importância do direito de brincar na vida das crianças resulta na falta de investimento nos recursos adequados, em uma legislação de proteção fraca ou inexistente e na invisibilidade das crianças no planejamento local e nacional. Em geral, quando o investimento é feito, foca na oferta de atividades estruturadas e organizadas. Igualmente importante é a necessidade de se criar tempo e espaço para o brincar espontâneo, a recreação e a criatividade, bem como a promoção de atitudes sociais que apoiem e incentivem essa atividade.

A organização PlayScotland⁷³ foi criada pelo governo escocês para disseminar a importância do brincar no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Como parte das suas ações, desenvolveu uma série de indicadores que demonstram o quanto uma comunidade é “amiga do brincar”, os quais elencamos abaixo:

- Quantidade de tempo que crianças e adolescentes passam brincando fora de casa;
- Nível de satisfação de crianças e adolescentes com os espaços para brincar e as oportunidades de brincar fora de casa;
- A qualidade dos espaços locais e as oportunidades para brincar que ele oferece;
- A acessibilidade a todos os tipos de espaços para brincar, com o apoio dos gestores locais;
- A suficiência na oferta de espaços para brincar acessíveis e de alta qualidade, por parte dos gestores locais;

71 Disponível em www.ipaworld.org

72 Um relatório destas conclusões foi encaminhado diretamente ao Comitê dos Direitos da Criança da ONU em Genebra, em setembro de 2011. (*Project Report*, disponível em: www.ipaworld.org)

73 Disponível em www.playscotland.org

- O envolvimento da comunidade no planejamento e na implantação dos espaços de brincar e dos equipamentos;
- Um enfoque no risco-benefício, com vistas a avaliar o risco calculado para permitir oportunidades de brincar com desafios e estímulo;
- Atitudes positivas dos adultos para com crianças e adolescentes brincando fora de casa; e
- Diferentes organizações trabalhando juntas para efetivamente promover o brincar e criar experiências para brincar com qualidade.

Ainda no campo da Convenção dos Direitos da Criança, gostaríamos de acrescentar que o Comentário Geral nº 17 busca ampliar a compreensão da importância do Artigo 31 para o bem-estar e o desenvolvimento das crianças, para garantir e reforçar a aplicação e o respeito pelos direitos previstos nesse artigo. Assim como para o entendimento de outros direitos da Convenção, com implicações para a determinação de:

- a. Consequentes obrigações dos Governos na elaboração de todas as medidas de implementação, estratégias e programas que visem a realização e aplicação integral dos direitos da criança, nele definidos;
- b. O papel e as responsabilidades do setor privado, incluindo empresas que trabalham nas áreas de recreação, atividades culturais e artísticas, bem como as organizações da sociedade civil que prestam esses serviços para crianças; e
- c. Diretrizes para todas as pessoas que trabalham com crianças, em todas as ações empreendidas, inclusive para os pais.

Nesse sentido, determina algumas obrigações aos Estados signatários da Convenção. A mais importante é a obrigação de *cumprir*, que “requer que os Estados Partes introduzam as necessárias medidas legislativas, administrativas, judiciais, orçamentárias, promocionais e outras que visem o pleno gozo dos direitos reconhecidos sob o Artigo 31, desenvolvendo ações para disponibilizar todos os serviços, provisionamentos e oportunidades necessários⁷⁴.”

Mesmo sendo um direito de todas as crianças, ainda há desafios para que ele seja plenamente garantido a elas uma vez que o brincar tem sido, muitas vezes, reduzido a um tempo curto da rotina da criança, além de ser frequentemente entendido como premiação para determinados comportamentos e relacionado a brinquedos indutores ao consumo. Assim, ao organizar os espaços e tempos para brincar é importante considerar a importância dessa ação na vida das crianças, priorizando o brincar espontâneo e não estruturado e disponibilizando tempo e variedade de materiais para que elas possam exercitar sua imaginação e criatividade.

É preciso promover, portanto, a mudança de alguns paradigmas sobre o brincar, de forma a garantir esse direito para todas as crianças. Eis alguns aspectos que podem contribuir para isso:

- Educação;
- Mobilização em Rede;
- Atuação Intersetorial;
- Políticas públicas focadas na criança;
- Formação especializada para os educadores; e

74 Comentário Geral no 17, capítulo VIII, parágrafo 54C.

- Adequação dos espaços de brincar na escala e de acordo com as necessidades das crianças.

Por suas múltiplas aplicações, o direito de brincar é um tema transversal, perpassando por diferentes políticas públicas voltadas para o desenvolvimento humano (educação, esportes, lazer, saúde, meio ambiente e cultura). Por esse motivo, seus agentes precisam trabalhar no sentido de apresentar indicadores, tanto de resultados quanto de impacto, de modo a justificar os investimentos necessários, tanto por parte dos gestores públicos quanto dos financiadores privados. Desenvolver pesquisas e cursos sobre o tema e seus múltiplos aspectos, para diferentes atores, pode contribuir para que o brincar seja, cada vez mais, valorizado em nossa sociedade e considerado uma real experiência de democracia.

EDUCAÇÃO INFANTIL: UM DIREITO FUNDAMENTAL

Iara Bernardi

Mestre em Biodiversidade, com Especialização em Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância pela Universidade de Harvard. Deputada Federal/SP de 1999 -2014. Proponente e relatora do FUNDEB. Vice-Presidente da Comissão Especial da Primeira Infância, Câmara dos Deputados - CD,

Maria José Rocha

Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Doutoranda em Educação. Colaboradora da Comissão Especial da Primeira Infância. Deputada Estadual/BA de 1991-1999.

A concretização do direito à educação infantil de qualidade é uma das mais elevadas demandas da atualidade. As consequências dramáticas do abuso, da negligência e do abandono das crianças das classes populares são muito eloquentes. E por isso discutiremos a necessidade de incluirmos a educação entre os Direitos Fundamentais da Constituição Federal (CF).

Sem desmerecer os demais direitos sociais, inscritos na CF, como alimentação, moradia, transporte, saúde e assistência social, por exemplo, todos esses não se realizariam não fosse a educação, que cria todas as condições para que se possa usufruir plenamente de todos os direitos.

A defesa dos direitos da criança e do adolescente começou a ganhar força na agenda pública brasileira no final da década de 1980, com a participação das entidades da sociedade civil nas decisões da Assembleia Nacional Constituinte para elaboração da Constituição de 1988, a qual ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Na Constituição de 1988, a população infanto-juvenil conquistou as garantias estabelecidas nos artigos 227 e 228, mais tarde consolidadas e ampliadas com o Estatuto da Criança e do Adolescente. O resultado desse processo foi a criação, em 1993, da Frente Parlamentar em Defesa da Criança e do Adolescente no Congresso Nacional, que jogou importante papel na elaboração da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, e do Plano Nacional de Educação (PNE), em 2001.

Nos últimos anos, o movimento de defesa da educação infantil alcançou importantes vitórias. Uma delas foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006, que criou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) e em seu art. 7º, inciso XXV, estabelece a assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até 5 (cinco) anos de idade em creches e pré-escolas e no Art. 208, inciso IV, assegura a oferta da educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 (cinco) anos de idade, oferta que será obrigatória para crianças de 4 e 5 anos, a partir de 2016.

Em 2009, mais uma importante conquista foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 59/2009, que tornou obrigatória a oferta da educação básica para todos os brasileiros. A CF passou a vigorar com as se-

guintes alterações: “Art. 208. I - educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria”.

Em 2010, novas conquistas para a infância brasileira. A Rede Nacional Primeira Infância (RNPI) conseguiu a aprovação, pelo CONANDA, do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI). E, mais recentemente, em 2014, a RNPI realizou um forte movimento pela aprovação do Projeto de Lei nº 6.998/ 2013, de autoria do Deputado Osmar Terra e outros membros da Frente Parlamentar da Primeira Infância, que cria um Marco Legal para a Primeira Infância, elaborado com uma ampla participação de entidades e auxílio de cientistas, médicos, psicólogos, entre outros, em parceria com as universidades de Harvard, USP, Unicamp e PUC-RS.

A educação na Primeira Infância foi contemplada na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas (ONU), que reuniu chefes de Estados e governos de 190 países. Entre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, incluem-se os objetivos educacionais:

4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos”.

E a educação infantil é parte dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável:

4.2 até 2030, garantir que todos os meninos e meninas tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré- escolar, de modo que eles estejam prontos para o ensino primário (ONUBR, 2015).

Em que pesem todos os avanços, não podemos arrefecer a luta, menos ainda nos dispersar, “pois ainda somos uma sociedade enferma de desigualdade, enferma de descaso pela população pobre”, como afirmou Darcy Ribeiro (1986) . Prova incontestante desse descaso é que só em 1996 o Estado reconheceu a educação infantil como uma etapa da educação básica, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, decisão somente ratificada com o FUNDEB, em 2006, começo do século XXI.

Apesar dos avanços antes referidos, o atraso e a lentidão têm sido as marcas da gestão da educação. Sentimos o peso desta tradição que pesa sobre os nossos cérebros e, por isso, defendemos que a educação seja incluída entre os direitos fundamentais, para dar instrumentos a mais de garantia da realização da dignidade da pessoa humana.

Os Direitos Fundamentais são aqueles direitos reconhecidos e positivados na esfera do Direito Constitucional [...], “são aqueles direitos atribuídos a todos os cidadãos em comum, que têm como finalidade assinalar as condições mínimas com as quais cada ser humano deve dispor de modo a conduzir sua vida de modo pleno e sadio” (SANTIAGO, 2015).

Como conduzir a vida de modo pleno e sadio sem educação? Aliás, antes de conduzir é preciso garantir a própria vida. E, nesse caso, a educação deve ser equiparada ao direito à vida, uma vez que o bebê humano (ser humano) está estruturado biologicamente para aprender. É um animal que depende absolutamente da aprendizagem para viver; depende estruturalmente do outro e se abandonado nas primeiras horas de vida sucumbirá. Diferentemente dos animais, que nascem com um arsenal de instintos, precisa aprender todas as coisas: a gesticular, a falar, a andar, a se relacionar socialmente. E só assim tem assegurada a sua sobrevivência física e sua sobrevivência psíquica.

1. “O SER HUMANO É A ÚNICA CRIATURA QUE PRECISA SER EDUCADA” (IMMANUEL KANT)

Na sua obra *Sobre a Pedagogia*, Immanuel Kant [1803] “compara o ser humano em relação aos demais animais e constata que estes precisam basicamente da nutrição, mas não maiores cuidados, uma vez que seu instinto os capacita desde cedo à sobrevivência” (citado em: SANTOS, 2005).

Nós, seres humanos, precisamos da educação, exatamente porque somos humanos e não temos inscritos geneticamente os comportamentos, como os outros animais, cuja finalidade da existência está pré-estabelecida, conforme a natureza. O ser humano não tem os comportamentos fixados, como os pássaros que sabem como fazer seu ninho, mas será o único que ele vai fazer e repetir ao longo da vida. Nós não temos uma casa inscrita em nossos genes, mas podemos aprender a fazer as casas que desejarmos ao longo da vida (PAIN, 1993, p.21).

Por esta falta de inscrição genética ou instintos, a educação torna-se uma imposição, sem ela teríamos que começar sempre do zero. E a educação nos permite transmitir conhecimentos que acumulamos durante séculos. Uma criancinha que nasce, hoje, encontra desde o fósforo ao computador e no prazo de sete anos ela será capaz de utilizar todas essas coisas.

Também não temos inscritos certos conteúdos necessários à sobrevivência simbólica. Por exemplo, os animais têm inscritos nos seus genes formas de sedução; têm formas de demarcar o território; os mais avançados têm formas de lutar, para saber quem é o chefe da manada. As palancas negras, antílopes que vivem nas matas de Angola, vivem em grupos mais ou menos numerosos, o chefe da manada é quem escolhe os pastos, indica caminhos, espreita os perigos e luta para disputar ritualmente a chefia. A palanca mais forte, ao invés de destruir a palanca mais fraca, põe a pata simbolicamente no pescoço da outra e o combate termina.

O ser humano não tem inscritas essas maneiras de lidar com o outro, elas são necessidades dramáticas a serem ensinadas/aprendidas. Por isso, a educação é como direito à vida!

Para o Filósofo Immanuel Kant (1803, cit. por SANTOS, 2005) o homem não nasce com um projeto de existência inscrito. Ele inscreve ao longo da vida. Por isso o ser humano é um ser histórico. E mais, o que ele inscreve não é para sempre, mas deixa sempre aberta a possibilidade de mudanças. Nós nos fazemos na história. Por isso ele não pode abrir mão da racionalidade. E Robson Santos prossegue:

Como ele não consegue fazer isso por conta própria e de modo imediato, torna-se necessária a presença do outro. Deste modo, uma geração educa a outra no intuito de desenvolver as disposições naturais existentes no ser humano (ainda sem a marca da moral), em direção ao bem”. Estas disposições, entretanto, só podem ser desenvolvidas em seu pleno sentido no conjunto da espécie humana, jamais no indivíduo (SANTOS, 2005, p.1).

Não é demais lembrarmos que “os fatores que tiveram papel preponderante na evolução do homem foram a sua faculdade de *aprender* (grifo nosso) e a sua plasticidade. Esta dupla aptidão é o apanágio de todos os seres humanos. Ela constitui, de fato, uma das características específicas do *Homo sapiens*” (UNESCO, 1950, p.10).

O antropólogo Roque Barros Laraia, (2001, p.26), a partir dos estudos de Geertz, conclui:

Todos os homens são geneticamente aptos para receber um programa, e este programa é o que chamamos de cultura. [...] Este programa, tomado em seu amplo sentido etnográfico, é este todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade.

Dito de outra forma, a criança, ao nascer, está apta a aprender, a ser socializada em qualquer cultura. Esta possibilidade, entretanto, se realizará ou não, dependendo do contexto onde ela crescer. “Qualquer criança humana normal pode ser educada, em qualquer cultura, se for colocada desde o início em situação conveniente de aprendizado” (LARAIA, 2001, p. 26).

Para o epistemólogo Jean Piaget (1984), “a educação tem importância fundamental no desenvolvimento humano e a forma de educar, ou de transmitir conhecimentos por suas imensas variáveis, torna-se o ponto chave para a construção ou para a desconstrução de um ser humano”.

O antropólogo Roque Laraia (2001, p.14) conclui:

As diferenças existentes entre os homens, portanto, não podem ser explicadas em termos das limitações que lhes são impostas pelo seu aparato biológico ou pelo seu meio ambiente. A grande qualidade da espécie humana foi a de romper com suas próprias limitações: um animal frágil, provido de insignificante força física, dominou toda a natureza e se transformou no mais temível dos predadores. Sem asas, dominou os ares; sem guelras ou membranas próprias, conquistou os mares. Tudo isto porque difere dos outros animais por ser o único que possui cultura.

Ainda para Piaget (1984, p.19), “Educar seria estimular a estruturação de formas de ação (motora, verbal e mental) cada vez mais móveis, mais amplas e mais estáveis, com a finalidade de extensão progressiva do organismo [...], formação de homens “criativos, inventivos e descobridores”, de pessoas críticas e ativas, e na busca constante da construção da autonomia”.

No Documento Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998), está inscrito que:

(...) educar significa, portanto, propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis de relação interpessoal, de ser e estar com os outros, em uma atitude de aceitação, respeito e confiança, e o acesso pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural (BRASIL, 1998, p. 23).

Por tudo isto, insistimos na inclusão da educação entre os direitos fundamentais, afinal, ao bebê humano não basta a proteção, os cuidados. Pelas próprias características estruturais do ser humano, ele precisa de educação, de estímulos adequados para aprendizagens fundantes, para a sua sobrevivência física e psíquica. Para Immanuel Kant, “O homem não é nada além daquilo que a educação faz dele.” (KANT, 1724-1804).

2. SUPERAR A DESIGUALDADE SOCIAL, OU SEJA, PROMOVER A IGUALDADE AO NASCER

Outra razão, tão importante quanto as anteriores, para o reconhecimento da educação como direito fundamental é a necessidade de superar a desigualdade social. Ou seja, promover a igualdade ao nascer.

Para além da diferença de classe, a raiz da desigualdade social se realiza na diferença de cuidados e educação ao nascer. Em qualquer cultura, todas as crianças pequenas têm de ter as mesmas condições: direito ao pré-natal; direito à amamentação; direito ao abraço que ampara e molda; direito ao olhar da mãe, que gera confiança; direito ao atendimento quando sente fome e frio, o que as faz acreditar no outro e ter fé na vida. Os cuidados e educação ao nascer fazem uma diferença fundamental entre as crianças das classes populares e das classes abastadas, no desempenho ao longo da trajetória escolar e da vida. Na hora de determinar nosso

destino econômico, poucas coisas importam tanto como a educação que recebemos ao nascer e nos primeiros anos de vida.

O ingresso das crianças na educação infantil é desigual e varia de acordo com a renda. Dados da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República apresentados no *Seminário Internacional Marco Legal da Primeira Infância*, promovido pela Câmara dos Deputados, em abril de 2013, mostraram que, em 2011, 45% das crianças com até três anos de idade das famílias 10% mais ricas frequentavam creches. Entre as famílias 10% mais pobres, o acesso à educação foi quase quatro vezes menor, alcançando cerca de 12%.

Para Cury (2007, p. 487), “conhecimentos que se tornaram patrimônio comum da humanidade [...] é uma herança de que as novas gerações não podem se ver privadas, sob pena de a educação escolar, ao invés de ser um instrumento de igualdade social e de igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, tornar-se fonte de novos e odiosos privilégios”.

3. O CÉREBRO DO SER HUMANO ATINGE O PICO DE SUA ATIVIDADE POR VOLTA DOS DOIS ANOS DE IDADE

Uma das razões mais eloquentes para a defesa da educação infantil como direito fundamental são as recentes descobertas das ciências sobre o desenvolvimento infantil na Primeira Infância. Nesta fase, observou-se que o desenvolvimento cerebral é intenso; é possível estabelecer até 700 novas conexões neuronais por segundo, praticamente o dobro de sinapses executadas aos dez anos de idade, de acordo com estudos feitos pela Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (2015).

Estudo divulgado pelo Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância, da Universidade de Harvard, sobre o Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância para a Aprendizagem, mostra que nesse período as funções cognitivas mais especializadas como atenção, memória, planejamento, raciocínio e juízo crítico começam a se desenvolver na primeira infância por meio de habilidades, como controle de impulsos, a capacidade de redirecionar atenção e de lembrar regras. Os circuitos cerebrais responsáveis por tais funções serão refinados durante a adolescência até a maioridade, mas as conexões fundamentais começam a se estabelecer nos primeiros anos de vida (SANTOS; PORTO; LERNER, 2015).

Se por um lado os períodos sensíveis permitem a construção ótima de habilidades, por outro são uma grande janela de vulnerabilidade a potenciais efeitos nocivos do meio (Idem, p. 23). Então, uma criança negligenciada, abusada nos primeiros anos, vai ter dificuldade pelo resto da vida. Muitas terão dificuldade de aprendizagem, dentre outras dificuldades que poderiam ser evitadas.

Uma quarta e última razão é a educação como forma de prevenção da violência. A educação dos menorzinhos, para não precisarmos reduzir a maioria penal! Sabemos que a delinquência juvenil tem causas diversas, mas não podemos relativizar causas como a ausência do estado na garantia dos direitos das crianças; a escola negada e ou renegada (não preparada e sobrecarregada); família não assistida e vulnerável. A educação dos menorzinhos, a educação na mais tenra idade, a educação desde a Primeira Infância é uma das ações mais poderosas para interromper o ciclo perverso da violência no país.

Por tudo isto, lutemos para que a educação seja verdadeiramente um Direito Fundamental, que não dependa da vontade de agentes públicos de plantão.

CONCLUSÕES

É preciso avançar para a garantia da educação como direito fundamental. Não basta estar inscrito na CF, é preciso estar gravado entre os Direitos Fundamentais. Não basta a prescrição da proteção à infância e ao adolescente, precisamos ir além, incluindo a educação entre os Direitos Fundamentais, materializando esse direito formalmente no caput do art. 5º, em seu inciso I: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à educação e à propriedade. Isso propiciará a formação do direito e das garantias aos direitos educacionais inscritos na Constituição. E para o alcance desses objetivos precisamos assegurar a materialização do direito à proteção, ao cuidado e à educação na Primeira Infância por meio de programas, de gestão intersetorial, como aqueles propostos pelo Núcleo Ciência pela Primeira Infância de Harvard, que se caracterizam pela aplicação de currículos bem estruturados e voltados para estimular a criança no seu processo de aprendizagem; pelo treinamento intenso e específico dos professores; pela baixa razão criança-professor, permitindo maior atenção individual à criança; pela visita domiciliar para gerar um maior envolvimento dos pais na educação dos filhos e pela definição de estratégias de monitoramento e avaliação continuadas (SANTOS; PORTO; LERNER, 2015).

Conforme Arendt (1992, p. 247, cit. em ALMEIDA, 2007, p.3): “A educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele [...] [...] É também onde decidimos se amamos nossas crianças (...)”. Por isso, internalizemos o verso da poetisa chilena Gabriela Mistral de que “para as crianças não podemos dizer amanhã: seu nome é hoje”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Zeneide Carneiro Magalhães de. *Educação e autoridade em Hannah Arendt: por amor às nossas crianças*. Disponível em: http://www.anpae.org.br/IBERO_AMERICANO_IV/GT4/GT4_Comunicacao/MariaZeneideCarneiroMagalhaesdeAlmeida_GT1_integral.pdf

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial curricular nacional para a educação infantil*. Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. — Brasília: MEC/SEF, 1998. 3v.: il. V.1: 23.

BRASIL, Organização das Nações Unidas, ONUBR. *Educação de Qualidade*. Disponível <http://nacoesunidas.org/pos2015/ods4/PNUD>.

CURY, Carlos Roberto Jamil. *A gestão democrática na escola e o direito à educação*. RBPAAE – v.23, n.3, p. 483-495, set./dez. 2007

KANT, Immanuel. *Sobre a Pedagogia*. 3ª ed. (Trad. Francisco Cock Fontanella). Piracicaba: Unimep, 2002.

LARAIA, Roque Barros. *Cultura: Um conceito antropológico*. 14ª ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 33, 2001.

LIMA, L.O. *A construção do homem segundo Piaget: uma teoria da educação*. São Paulo: Summus. 1984, p. 19.

ONU. *Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS)*. RIO + “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development”. 2015

PAIN, Sara. A arte e a construção do conhecimento. *Revista do Geempa*, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p.21, julho. 1993.

PIAGET, Jean. *Psicologia e pedagogia*. São Paulo: Summus, 1984

RIBEIRO, Darcy. *Educação no Brasil*, <http://www.pdt.org.br/index.php/nossas-bandeiras/educacao/mais-sobre-os-cieps/-propostas/reforma/educacao-no-brasil-por-darcy-ribeirocessado> em 24/09/2015

SANTOS, Daniel D.; PORTO, Juliana A.; LERNER, Rogério. (Coord. Comitê Científico do Núcleo Ciência pela Infância). *O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem*. 2ª edição. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.

SANTOS, Robson. A educação moral segundo Kant. *Revista Espaço Acadêmico*. N. 46. Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br/046/46csantos.htm>. Acesso em 28/09/2015

SANTIAGO, Emerson. *Direitos Fundamentais*. Disponível em: <http://www.infoescola.com/direito/direitos-fundamentais/acesso>. Acesso em 24/09/2015.

UNESCO. *A Declaração das Raças da Unesco* (18 de Julho de 1950). Disponível em: http://www.achegas.net/numero/nove/decla_racas_09.htm

PRIMEIRA INFÂNCIA: O PAPEL DAS UNIVERSIDADES

Antonio José Ledo Alves da Cunha

*Médico com Doutorado em Epidemiologia
Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina e
Vice-reitor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (2011-2015)*

Uma sociedade produtiva e próspera se constrói com investimento nos primeiros anos de vida do ser humano, incluindo a gestação. As bases para o pleno desenvolvimento físico, intelectual e psicossocial da criança acontecem na primeira infância. O Brasil atravessa um momento especial onde o interesse e o investimento na primeira infância tem aumentado nos últimos anos. Políticas públicas nos âmbitos federal, estadual e municipal vêm se desenvolvendo, muitas vezes de modo integrado, fundamentados em evidências de que investir na primeira infância tem elevado retorno a curto, médio e longo prazos: melhora o aprendizado escolar, reduz a delinquência e o uso de álcool e drogas, aprimora e qualifica o desempenho profissional na idade adulta.

Neste contexto, faz-se necessário que todas as instâncias da sociedade brasileira estejam conscientes da importância desse período da vida do ser humano e atuem de maneira integrada em prol do desenvolvimento saudável de suas crianças. Entre estas instâncias está a universidade, instituição secular que tem contribuído de maneira significativa para o progresso das nações.

As universidades, segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, devem ter com atividades fins, o ensino, a pesquisa e a extensão universitária. Estas atividades devem ser exercidas de maneira integrada para que a instituição seja considerada como uma universidade. Deve, portanto, formar e capacitar profissionais nas diversas áreas do saber, produzir conhecimento, seja básico ou aplicado, e cuidar para que esse conhecimento produzido seja apropriado e utilizado pela sociedade na qual está inserida. Sendo uma instituição com múltiplos profissionais, cursos e saberes, tem como característica particular a de favorecer a multi e interdisciplinaridade e a de produzir o conhecimento chamado transdisciplinar. Conhecimento este que é novo, único e resultante da integração de várias disciplinas e saberes.

Em seu artigo 30, o Projeto de Lei n.º 6.998/2013 acrescenta três incisos ao artigo 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente que preveem ações relacionadas ao papel da universidade:

VIII – especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à Primeira Infância, incluindo o conhecimento sobre os direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil;

IX – formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral;

Nesse sentido, a universidade pode atuar na área da primeira infância através de suas ações finalistas. Deve buscar formar profissionais com capacitações para atender as demandas desse período etário, seja nas ciências humanas – como na educação – ou nas ciências da saúde – como na medicina. No entanto, além de formar profissionais para atender à demanda dessa área, as universidades têm a possibilidade de sensibilizar seus discentes e docentes, de todas as áreas do saber, para esta temática de especial importância para o futuro das novas gerações e do País. Através da introdução de conteúdos mínimos sobre a temática e importância da primeira infância na maioria dos seus cursos e disciplinas, seria possível atingir um contingente elevado de indivíduos sensibilizados para atuar em prol dessa causa.

Na pesquisa, as universidades teriam também enormes possibilidades de contribuir para o progresso na área da primeira infância. Apesar dos avanços recentes do conhecimento, ocorridos na pesquisa básica – em especial nas neurociências e na área da educação – ainda há muito que perseguir. Como a temática da primeira infância tem caráter multi e interdisciplinar, as universidades se incluem no rol de instituições com maiores possibilidades de realizar estudos com esta característica, além, é claro, de poder aumentar a quantidade das pesquisas na área da primeira infância, uma vez que haja políticas de incentivo para tal.

Finalmente, em relação à extensão universitária, a universidade, devido à credibilidade que detém como instituição, tem inúmeras possibilidades de trazer o conhecimento novo ali produzido para a sociedade, avançando, assim, nas ações que a mesma e as famílias que a constituem devem priorizar para fortalecer a primeira infância no país. Dessa forma, estarão contribuindo para a construção de uma sociedade mais próspera e mais justa. Sob este aspecto, deve-se considerar que o investimento e as ações que visam fortalecer a primeira infância estão entre as que mais podem contribuir efetivamente para quebrar o danoso, perverso, indesejável e injusto ciclo intergeracional da pobreza.

FORMAÇÃO DE UMA NOVA CULTURA COM APOIO DOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO⁷⁵

Roberta G. Rivellino

*Gerente de Comunicação
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal – FMCSV*

Para uma temática ainda pouco conhecida da sociedade brasileira, como a Primeira Infância, é imprescindível contar com diversos meios de comunicação para disseminar e amplificar a mensagem sobre a importância dessa etapa da vida. Por meio da mídia, pode-se destacar o tema a partir de uma agenda positiva, passando pela tradução dos conceitos da ciência para a sociedade até a missão de ajudar a mobilizar lideranças governamentais e demais atores sociais, favorecendo avanços e melhorias de iniciativas voltadas às crianças pequenas.

A imprensa escrita, a TV, o rádio, as redes sociais e a internet são alguns exemplos de canais fundamentais e de amplo impacto na promoção de práticas bem-sucedidas e conhecimentos que promovam um período tão crítico e sensível da vida de uma pessoa. O grande desafio está em buscar a inovação na forma de comunicar essa causa, passando pela definição do melhor canal para cada público que se quer atingir até a escolha do tom da mensagem, que precisa ser clara, compreensível, inspiradora e mobilizadora.

Para que os objetivos dessa comunicação sejam atingidos, ou seja, a plena conscientização sobre a importância de se construir uma Primeira Infância melhor, é preciso que a informação chegue ao maior número possível de pais, familiares, cuidadores, profissionais envolvidos com a temática e lideranças que advoguem pela causa nas mais diferentes esferas de decisão. Por isso, a Comunicação é um dos eixos estratégicos da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Compreendemos a importância de se criar produtos que ajudem a disseminar, capacitar e apoiar a imprensa, as lideranças, os profissionais e outros atores na compreensão e adoção da pauta da Primeira Infância como um dos temas sociais importantes de nosso país.

O documentário “O Começo da Vida”, que será lançado em março de 2016, é um desses produtos cujo conteúdo pertence a todos para que seja disseminado por muitos. A sociedade, nosso público-alvo, irá se identificar com uma narrativa cotidiana, embasada pelas falas de especialistas e pelo olhar de famílias e crianças sobre a importância do vínculo e da interação para favorecer um desenvolvimento infantil integral. Nossa expectativa é de também motivar as lideranças públicas a incluírem em suas agendas de prioridades esse período da infância e, conseqüentemente, trabalhar pela criação de políticas públicas e iniciativas que fortaleçam a criança brasileira, especialmente nos primeiros anos de vida.

Para maiores informações sobre a Primeira Infância, sugerimos acessar os seguintes canais:

- <http://fmcsv.org.br>

75 Artigo 4º, inciso IX e Art. 36 do PL 6.998/2013.

- <http://www.encyclopedia-crianca.com/>
- <http://heckmanequation.org/portugues>
- <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>
- <http://www.alfaabeto.org.br/>
- <http://www.radardaprimeirainfancia.com.br>
- <http://www.desenvolvimento-invantil.blog.br>
- <http://developingchild.harvard.edu/>
- <http://www.fm.usp.br/>
- <http://www.insper.edu.br/>
- <http://brazil.drclas.harvard.edu/>
- <http://www.hospitalinfantilsabara.org.br/>
- <http://primeirainfancia.org.br/>
- <http://www.todospelaeducacao.org.br/>

MÍDIA E PRIMEIRA INFÂNCIA

Antonio Augusto Silva

Diretor Executivo da ANDI

Miriam Pragita

Diretora Administrativa

A imprensa brasileira avançou muito na cobertura noticiosa sobre temas relacionados ao universo infanto-juvenil nas duas últimas décadas. Acompanhando debates e ações dos atores sociais empenhados na defesa de direitos das novas gerações, os jornalistas passaram a produzir reportagens contextualizadas, que refletiam o cotidiano, as necessidades e os sonhos desses grupamentos – com impactos inequívocos sobre o quadro social.

1. ANÁLISE DA MÍDIA BRASILEIRA SOBRE PRIMEIRA INFÂNCIA

1.1 Indicadores

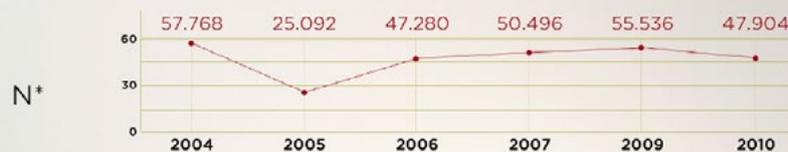
A seguir, apresentamos alguns indicadores de impacto construídos pela Agência Nacional de Notícias da Infância (ANDI) ao longo dos anos, para monitorar o comportamento editorial dos veículos em relação à temática. Indicadores que acabam por recompor a linha que vai da retirada dos assuntos enfocados da invisibilidade (impactos quantitativos) à melhoria da abordagem noticiosa sobre os mesmos (impactos qualitativos).

Em 2012, por exemplo, a ANDI e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) realizaram uma pesquisa que mapeou a cobertura da mídia sobre os temas relacionados à Primeira Infância com o objetivo de identificar a maneira como a imprensa cobre a temática nos jornais e nas revistas de todo o País.

A análise envolveu 48.366 matérias de 53 jornais impressos e quatro revistas de circulação nacional. Confira a evolução quantitativa da cobertura sobre Primeira Infância nos jornais impressos entre 2004 e 2010:

Evolução quantitativa da cobertura sobre primeira infância nos jornais impressos

NOTÍCIAS



%**



ANDI



* Total estimado, calculado com base em uma amostra de 4.814, 2.091, 3.940, 4.208, 4.628 e 3.992 notícias sobre primeira infância publicadas em cada ano, respectivamente.
 ** % calculado com base no total de notícias avaliadas em cada ano.

1.2. Incidência Regional

Uma mudança significativa de comportamento editorial merece destaque. Temas sobre Primeira Infância passaram a interessar os jornais regionais. Os veículos que mais publicaram matérias sobre a temática entre 2004 e 2010 foram Correio Braziliense (DF), O Liberal (PA), Jornal de Brasília (DF) e Correio da Paraíba (PB). As revistas também entram no *ranking* quanti-qualitativo da performance dos veículos. A evidência da liderança é da Veja, seguida pela Istoé, Época e Carta Capital. É o que expõem os gráficos a seguir:

Veículos monitorados

53

NÚMERO TOTAL DE JORNAIS MONITORADOS

Número de jornais



DESTAQUES

JORNAIS QUE MAIS PUBLICARAM MATÉRIAS SOBRE PRIMEIRA INFÂNCIA

- 3,4% Correio Braziliense
- 3,4% O Liberal (PA)
- 3,1% Jornal de Brasília
- 3,0% Correio da Paraíba

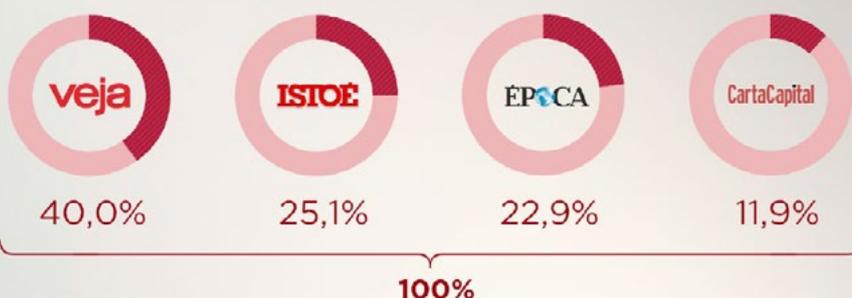
ANDI



Veículos monitorados



REVISTAS | Distribuição das notícias sobre Primeira Infância



1.3. Parâmetros Qualitativos

É importante destacar que a escalada numérica da temática da Primeira Infância nos *rankings* que evidenciam a mudança de comportamento dos jornais, por si só, é um indicador qualitativo. Mas as metodologias de análise da ANDI também estabelecem parâmetros para mensurar a qualidade dos conteúdos veiculados sobre as diferentes temáticas. Um desses parâmetros, a título de exemplo, é o enquadramento das reportagens como políticas públicas.

O pressuposto é de que uma notícia com este enquadramento traz mais elementos para a compreensão da problemática, além de debater soluções, o que não ocorre com as matérias meramente factuais. Na análise em questão, 11,4% dos jornais e 12,3% das revistas mencionam políticas públicas relacionadas à Primeira Infância nas matérias publicadas entre 2004 e 2010, e 10% dos jornais e 19,6% das revistas trazem dados e indicadores estatísticos.

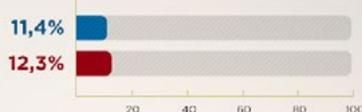
Avaliando a qualidade da cobertura

POLÍTICAS PÚBLICAS E DADOS ESTATÍSTICOS | aspectos qualitativos*

JORNAIS
Primeira infância (%)

REVISTAS
Primeira infância (%)

Mencionam políticas públicas



Mencionam dados e indicadores estatísticos



* Não foram consideradas as matérias cujo Tema Principal é Internacional (América Latina ou outros países).

Outro dado importante ao avaliar a qualidade da cobertura, é a menção à legislação, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente e outras leis específicas para infância e adolescência nas quais estiveram presente em 5,2% das notícias nos jornais e 4,1% nas revistas.

Em relação à menção à políticas públicas por temas mais abordados, têm-se Educação, Saúde, Direitos e Justiça (marco institucional jurídico legal), Violência e Cultura como as cinco temáticas principais mais frequentes nas matérias sobre Primeira Infância.

Menção a políticas públicas por temas mais abordados

tema principal	Educação	Saúde	Direitos e justiça marco institucional jurídico legal	Violência	Cultura
JORNAIS Primeira infância (%)	18,0%	16,9%	14,2%	6,0%	1,9%
REVISTAS Primeira infância (%)	32,5%	16,9%	5,6%	3,8%	8,8%



* Foram considerados apenas os cinco temas principais mais frequentes nas matérias sobre primeira infância

1.4. Resultados Finais

Dentre as várias conclusões da pesquisa ANDI e FMCSV, pode-se perceber que a imprensa, ao falar da Primeira Infância, acaba refletindo e reforçando os valores da sociedade, privilegiando os aspectos físicos e biológicos. E, o que fica evidente é a existência de uma lacuna nas abordagens que se referem aos aspectos que estimulam o desenvolvimento cognitivo, emocional e cultural da criança pequena, temas essenciais ao seu desenvolvimento.

Também mantém como pautas mais frequentes a Saúde, Violência e Educação, que ocupam entre 40% e 50% de todas as notícias publicadas nos veículos analisados.

TEMÁTICAS ABORDADAS				
Tema Principal	Jornais		Revistas	
	Primeira Infância	Amostra Total	Primeira Infância	Amostra Total
Saúde	18,30%	10,40%	16,70%	13,00%
Violência	18,20%	17,80%	11,50%	9,90%
Educação	12,40%	24,40%	11,70%	16,90%
Cultura	7,90%	6,50%	7,40%	9,10%
Direitos e justiça (marco legal)	6,00%	4,50%	3,90%	3,70%
Internacional (com exceção da América Latina)	5,90%	4,80%	8,40%	9,80%
Convivência familiar	5,60%	3,20%	15,20%	9,70%
Acidentes	4,10%	3,20%	2,40%	2,30%
Esportes e lazer	3,40%	5,30%	1,50%	2,10%
Pobreza e exclusão social	3,20%	3,90%	3,50%	4,30%
Consumo	3,20%	2,10%	3,90%	2,60%
Comportamento	2,10%	1,80%	4,10%	6,20%
Abandono, abrigos e situação de rua	1,60%	0,70%	0,20%	0,20%
Meio Ambiente	1,60%	2,90%	1,10%	1,30%
Mídia	1,20%	1,40%	1,50%	2,30%

A Saúde na imprensa dá destaque para a saúde materna, nutrição, mortalidade infantil, HIV/AIDS, epidemia e outros temas tais como: uso de medicamentos; campanhas de mobilização e prevenção (que não sejam específicas sobre AIDS/HIV); categoria profissional (condições de trabalho de pediatras, obstetras e hebiatras); avanços científicos; estatísticas; negligência médica; infraestrutura hospitalar; vacinação, etc.

A saúde na imprensa*

	 SAÚDE MATERNA	 NUTRIÇÃO	 MORTALIDADE INFANTIL	 HIV / AIDS	 EPIDEMIA	 OUTROS	 SAÚDE EM GERAL
 JORNAIS Primeira infância (%)	34,2%	11,9%	8,2%	3,1%	2,1%	54,3%	10,4%
 REVISTAS Primeira infância (%)	38,9%	15,3%	10,4%	3,5%	2,8%	53,5%	2,8%



*Válido apenas para as matérias que possuem Saúde como tema principal ou de apoio. Nesta categoria entram todas as matérias relacionadas a saúde que não se encaixam nas outras subdivisões, tais como: uso de medicamentos; campanhas de mobilização e prevenção (que não sejam específicas sobre AIDS/HIV); categoria profissional (condições de trabalho de pediatras, obstetras e fobiatras); avanços científicos; estatísticas; negligência médica; infraestrutura hospitalar; vacinação, etc.

As matérias que possuem Violência como tema principal ou de apoio trazem um desafio. Abuso sexual e violência doméstica alternam a liderança em notícias nos jornais e nas revistas, mas estão sempre no topo. Na categoria outros, entram matérias que trazem: suicídios de crianças e adolescentes; violência contra os pais de crianças e adolescentes (em que estes são indiretamente afetados); crianças e adolescentes que presenciam atos violentos (como testemunha), etc. Como se pode observar nas tabelas abaixo, o desafio aqui imposto é o seguinte: a maioria das matérias sobre Violência na Primeira Infância não apresentam ações e reflexões sobre a temática.

O desafio da violência*

 JORNAIS Primeira infância (%)				 REVISTAS Primeira infância (%)			
Abuso sexual	29,2%	Violência Institucional	3,5%	Violência doméstica	36,2%	Violência Institucional	6,9%
Violência doméstica	27,1%	Tráfico humano	1,5%	Abuso sexual	26,9%	Exploração sexual	3,1%
Violência nas ruas ou na comunidade	10,2%	Conflitos armados	1,3%	Conflitos armados	7,7%	Tráfico humano	0,8%
Exploração sexual	7,6%	Gangues	0,5%	Violência nas ruas ou na comunidade	6,9%	Gangues	0,0%
Violência nas escolas	7,6%	Outros**	24,5%	Violência nas escolas	6,9%	Outros**	36,9%
Violência em geral				Violência em geral			
6,40%				5,40%			



*Válido apenas para as matérias que possuem Violência como tema principal ou de apoio. **Nesta categoria entram todas as matérias relacionadas a violência que não se encaixam nas outras subdivisões, tais como: suicídios de crianças e adolescentes; violência contra os pais de crianças e adolescentes (em que estes são indiretamente afetados); crianças e adolescentes que presenciam atos violentos (como testemunha), etc.

O desafio da violência

Apresenta ações e reflexões sobre a violência*	JORNAIS Primeira infância (%)	REVISTAS Primeira infância (%)
SIM	10,6%	34,6%
NÃO	89,4%	65,4%
total	100%	100%



*Válido apenas para as matérias que possuem Violência como tema principal ou de apoio.

Nas matérias de Educação com foco na educação infantil, outro desafio está presente: a qualidade do ensino, mencionada em 22,2% dos textos nos jornais e 53,8% nas revistas, conforme aponta a tabela a seguir.

Educação: o desafio da qualidade

ENSINO INFANTIL			
11% JORNAIS Primeira infância (%)		16,5% REVISTAS Primeira infância (%)	
Qualidade do ensino	22,2%	Qualidade do ensino	53,8%
Infraestrutura	16,6%	Formação de professores	38,5%
Acesso / Abandono Reinserção escolar	11,3%	Acesso / Abandono Reinserção escolar	34,6%
Orçamento	9,2%	Orçamento	19,2%
Formação de professores	9,2%	Infraestrutura	19,2%
OUTROS	13%	OUTROS	34,6%



É, pois, um painel que sinaliza, uma vez mais, para avanços significativos no tratamento dispensado à Primeira Infância, mas também para os desafios que ainda precisam ser superados, na perspectiva de um noticiário que reflita a opção pelo respeito incondicional aos direitos humanos no Brasil.

2. O PAPEL DA MÍDIA NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Cabe à imprensa e compete à mídia inovar e propor desafios à cobertura jornalística ao trazer matérias contextualizadas; explicar a fase da Primeira Infância, que dura do nascimento até o sexto ano de vida, um

período importantíssimo para o aprendizado, tanto social como afetivo; apresentar políticas públicas e discutir soluções frente à implementação dessas; trazer pluralidade de vozes e fontes ouvidas, como também ouvir as crianças que possuem identidade, têm voz e são sujeitos de direitos; apresentar ações e reflexões frente às temáticas que englobam e abarcam o tema em si, entre outros aspectos necessários e importantes para qualificar e estimular o debate social na área. A sociedade deve compreender melhor o período da Primeira Infância para possibilitar o desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças, abordando seus direitos fundamentais à proteção integral.

Projeto de Lei 6.998/2013 – Art. 36 altera o artigo 265 do ECA:

Art. 265-A. O Poder Público fará periodicamente ampla divulgação dos direitos da criança e do adolescente nos meios de comunicação social.

Parágrafo único. A divulgação a que se refere o caput será veiculada em linguagem clara, compreensível e adequada a crianças e adolescentes, e especialmente às crianças com idade inferior a seis anos.

ORÇAMENTO PRIMEIRA INFÂNCIA

Luzia Torres Gerosa Laffite

*Psicóloga, Superintendente do Instituto da Infância – IFAN
Coordenadora da Secretaria Executiva da Rede Nacional Primeira Infância – RNPI biênio 2013/14*

A Constituição Federal, em seu artigo 227 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) asseguram os direitos da criança e do adolescente como prioridade absoluta das políticas públicas do Brasil. Em 8 de março de 2016, é assinada a Lei 13.257, que dispõe sobre a especificidade no estabelecimento das políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância. Esta Lei ressalta onze áreas prioritárias⁷⁶ para as políticas públicas no atendimento das crianças de até 72 meses de vida, portanto 2.190 dias de cuidado, educação, proteção e promoção de seu desenvolvimento integral.

Não se implementa, não se mantem a continuidade de uma política, se ela não tiver sua provisão adequada no Orçamento da União, do Estado e dos Municípios. Para garantir a aplicação efetiva da Lei 13.257, é preciso ter recursos suficientes nestes orçamentos. A previsão e efetivação completa em todas as onze áreas prioritárias, juntamente com o monitoramento da sociedade civil, são elementos chaves para avaliar se os direitos das crianças de todas as primeiras infâncias brasileiras estão sendo devidamente cumpridos, portanto, garantidos como prioridade, conforme preconiza a Constituição Federal.

Este é um quadro projetado para um futuro breve, após a homologação da Lei 13.257/2016. Previamente a isto, pesquisa sobre o Orçamento Primeira Infância, realizada em 2014, pela Rede Nacional Primeira Infância, com elaboração técnica da Associação Contas Abertas⁷⁷, permitiu constatar que os pagamentos realizados até novembro de 2014 nas dotações relacionadas à primeira infância não atingiam a 0,5% do Orçamento Geral da União. O quadro abaixo mostra o consolidado do Orçamento Primeira Infância, indicando o valor total gasto⁷⁸.

Orçamento Primeira Infância

ÓRGÃO	Autorizado	TOTAL PAGO*
MINISTERIO DA EDUCACAO	#####	4.707.645.023,21
MINISTERIO DA FAZENDA	#####	4.416.226.031,40
MINISTERIO DA SAUDE	#####	880.632.753,74
MINISTERIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME	#####	112.710,82
MINISTERIO DA DEFESA	#####	99.778.524,05
JUSTICA DO TRABALHO	#####	54.457.917,26
JUSTICA FEDERAL	#####	40.377.187,53
MINISTERIO PUBLICO DA UNIAO	#####	26.003.881,46
JUSTICA ELEITORAL	#####	24.730.735,86

Fonte: Pesquisa realizada por Contas Abertas, 2014.

76 Art.5ª Lei 13.257/2016.

77 Orçamento Primeira Infância - realização Rede Nacional Primeira Infância - Coordenação Secretaria Executiva 2013/14 – Instituto da Infância (IFAN).

78 Referência aos gastos possíveis de coletar.

O estudo também apontou as dificuldades para poder identificar e acompanhar os gastos com a Primeira Infância em nível federal, em decorrência da forma difusa e pouco transparente do Orçamento.

Fica claro com esta pesquisa, que a cultura técnico-legal para formulação dos orçamentos públicos demanda ser mais simplificada a fim de ganhar transparência e efetividade.

A criação de um **Observatório do Orçamento Primeira Infância**, seja na própria Rede Nacional Primeira Infância, ou acoplado as outras redes de sociedade civil brasileira, permitiria:

- a. Monitorar, anualmente, os orçamentos da primeira infância em nível federal, estadual e municipal;
- b. Disponibilizar e disseminar informação relevante, de forma didática e simples, para que todos os segmentos da sociedade civil possam fazer incidências nas prioridades das ações e políticas públicas necessárias;
- c. Realizar avaliações independentes, de forma aleatória, dos orçamentos e gastos efetivados por distintos poderes públicos, apresentando as sugestões e recomendações aos setores e autoridades competentes;
- d. Refinar e melhorar os instrumentos de formulação do Orçamento, tanto das políticas setoriais como com perspectiva nas políticas intersetoriais;
- e. Identificar necessidades emergentes das crianças de seis anos completos e mobilizar ações de *advocacy* para que as ações, políticas ou programas possam ser incorporados no Orçamento Primeira Infância;

O Observatório do Orçamento Primeira Infância poderá reunir conhecimento das distintas políticas efetivadas na área afim, subsidiando os gestores municipais para aprimoramento do Plano Municipal da Primeira Infância.

A Lei 13.257/2016 cita, em seu Art. 11, parágrafo 2º:

A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

O cumprimento das políticas com prioridade à criança está fortemente projetado nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. A efetivação do que é projetado é ímpar ao poder público; seu monitoramento e avaliação cabem à sociedade civil.

Somente desta forma, estamos fomentando a utilização de estratégias multidimensionais para responder às necessidades e ou demandas que emergem das vozes das crianças na primeira infância.

PARTE II
POLÍTICAS NACIONAIS
E PRIMEIRA INFÂNCIA

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL: PELO DIREITO DAS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS À EDUCAÇÃO¹

Rita Coelho

*Coordenação de Educação Infantil
Ministério da Educação*

O panorama geral de discriminação das crianças e a persistente negação de seus direitos, que têm como consequência o aprofundamento da exclusão social, precisam ser combatidos com uma política que promova inclusão, combata a miséria e coloque a educação de todos no campo dos direitos. O Preâmbulo da Declaração dos Direitos da Criança das Nações Unidas afirma que a humanidade deve às crianças o melhor dos seus esforços. A Constituição Federal, em seu art. 227, determina:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Ao Estado, portanto, compete formular políticas, implementar programas e viabilizar recursos que garantam à criança desenvolvimento integral e vida plena, de forma que complemente a ação da família. No Brasil, a forma que o Estado busca garantir os direitos da criança na primeira infância é incluindo ações para esta faixa etária nas diferentes políticas setoriais de saúde, direitos humanos, educação, assistência social, cultura, justiça, dentre outras. Em cada uma destas políticas estão previstos programas implementados por meio de diferentes sistemas de gestão e financiamento.

O estabelecimento do Marco Legal da Primeira Infância e a proposição da Política Integrada pela Primeira Infância visa superar a segmentação das diferentes ações, aumentando a eficácia destas políticas e definindo estratégias de articulação intersetorial.

Na sua concepção, o projeto de lei reafirma os compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, os princípios e diretrizes das políticas sociais que abrangem a população de seis anos completos de idade, que no Brasil é de aproximadamente 20 milhões.

Do ponto de vista de inovação merecem destaque:

O Art. 2º, que define com precisão o que se considera primeira infância: “o período que abrange os primeiros seis anos completos ou setenta e dois meses de vida da criança”.

O Art. 4º, Parágrafo Único, que inclui a participação da criança. “A participação da criança na formulação de políticas e das ações que lhe dizem respeito terá o objetivo de promover sua inclusão social como cidadã,

1 Documento do Ministério da Educação atualizado em março 2016 por Rita Coelho, Coordenadora-Geral da Educação Infantil.

e dar-se-á de acordo com a especificidade de sua idade, devendo ser realizada por profissionais qualificados em processo de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil”.

Embora se reconheça que todas as políticas possuem uma dimensão educativa e que a educação ocorre na família e na sociedade, o dever do Estado com a educação é garantido por meio de instituições próprias.

No caso da Primeira Infância, é dever do estado garantir a oferta da Educação Infantil pública, gratuita e de qualidade, sem requisito de seleção.

A Educação Infantil, primeira etapa da Educação Básica, é oferecida em creches e pré-escolas, as quais se caracterizam como espaços institucionais não domésticos que constituem estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças de 0 a 5 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial, regulados e supervisionados por órgão competente do sistema de ensino e submetidos a controle social. É obrigatória a matrícula na Educação Infantil de crianças que completam 4 ou 5 anos até o dia 31 de março do ano em que ocorrer a matrícula. As crianças que completam 6 anos após o dia 31 de março devem ser matriculadas na Educação Infantil. A frequência na Educação Infantil não é pré-requisito para a matrícula no Ensino Fundamental.

A função das instituições de Educação Infantil, como o primeiro espaço de educação coletiva fora do contexto familiar, se inscreve no projeto de sociedade democrática desenhado na Constituição Federal de 1988 (art. 3º, inciso I), com responsabilidades no desempenho de um papel ativo na construção de uma sociedade livre, justa, solidária e socioambientalmente orientada.

Cumprir tal função significa, em primeiro lugar, que o Estado necessita assumir sua responsabilidade na educação coletiva das crianças, complementando a ação das famílias. Em segundo lugar, creches e pré-escolas constituem-se em estratégia de promoção de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres, uma vez que permitem às mulheres sua realização para além do contexto doméstico. Em terceiro lugar, cumprir função sociopolítica e pedagógica das creches e pré-escolas implica constituí-las como espaços privilegiados de convivência, de construção de identidades coletivas e de ampliação de saberes e conhecimentos.

Nessa contextualização da Educação Infantil no Brasil, é essencial que se destaquem as competências dos entes federados, não se perdendo de vista o cumprimento do regime de colaboração que deve orientar as ações educacionais voltadas para a infância.

Na distribuição de competências referentes à Educação Infantil, tanto a Constituição Federal quanto a LDB são explícitas na corresponsabilidade das três esferas de governo – município, estado e União – e da família. A articulação com a família visa, mais do que qualquer outra coisa, ao mútuo conhecimento de processos de educação, valores, expectativas, de tal maneira que a educação familiar e a escolar se complementem e se enriqueçam, produzindo aprendizagens coerentes, mais amplas e profundas. Quanto às esferas administrativas, a União e os estados atuarão subsidiariamente, porém necessariamente, em apoio técnico e financeiro aos municípios, consoante o art. 30, VI, da Constituição Federal.

Um aspecto importante na trajetória da educação das crianças de 0 a 6 anos, é a pressão dos movimentos sociais organizados pela expansão e qualificação do atendimento. Historicamente, essa demanda aumenta à medida que cresce a inserção feminina no mercado de trabalho e há uma maior conscientização da necessidade da educação da criança sustentada por uma base científica cada vez mais ampla e alicerçada em uma diversificada experiência pedagógica.

A educação da criança de até 6 anos insere-se nas ações do Ministério da Educação (MEC) desde 1975, quando foi criada a Coordenação de Educação Pré-Escolar.

Atualmente cabe à Coordenação-Geral de Educação Infantil vinculada à Diretoria de Currículos e Educação Integral da Secretaria de Educação Básica do MEC propor e implementar ações de apoio técnico à educação infantil a partir das seguintes diretrizes:

- A educação infantil como política pública é de responsabilidade do setor educacional.
- A Educação Infantil deve pautar-se pela indissociabilidade entre o cuidado e a educação.
- A Educação Infantil tem função diferenciada e complementar à ação da família, o que implica uma profunda, permanente e articulada comunicação entre elas.
- É dever do Estado, direito da criança e opção da família o atendimento gratuito em instituições de Educação Infantil às crianças de 0 a 6 anos.
- A educação de crianças com necessidades educacionais especiais deve ser realizada em conjunto com as demais crianças, assegurando-lhes o atendimento educacional especializado mediante avaliação e interação com a família e a comunidade.
- A qualidade na Educação Infantil deve ser assegurada por meio do estabelecimento de parâmetros de qualidade.
- O processo pedagógico deve considerar as crianças em sua totalidade, observando suas especificidades, as diferenças entre elas e sua forma privilegiada de conhecer o mundo por meio do brincar.
- As instituições de Educação Infantil devem elaborar, implementar e avaliar suas propostas pedagógicas a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil e com a participação das professoras e dos professores.
- As propostas pedagógicas das instituições de Educação Infantil devem explicitar concepções, bem como definir diretrizes referentes à metodologia do trabalho pedagógico e ao processo de desenvolvimento/aprendizagem, prevendo a avaliação como parte do trabalho pedagógico, que envolve toda a comunidade escolar.
- As professoras e professores e os outros profissionais que atuam na Educação Infantil exercem um papel educativo, devendo ser qualificados especialmente para o desempenho de suas funções com as crianças de 0 a 6 anos.
- A formação inicial e a continuada das professoras e professores de Educação Infantil são direitos e devem ser asseguradas a todos pelos sistemas de ensino com a inclusão nos planos de cargos e salários do magistério.
- Os sistemas de ensino devem assegurar a valorização de funcionários não docentes que atuam nas instituições de Educação Infantil, promovendo sua participação em programas de formação inicial e continuada.
- O processo de seleção e admissão de professoras e professores que atuam nas redes pública e privada deve assegurar a formação específica na área e mínima exigida por lei. Para os que atuam na rede pública, a admissão deve ser por meio de concurso.
- As políticas voltadas para a Educação Infantil devem contribuir em âmbito nacional, estadual e municipal para a Política Integrada para a Primeira Infância.

- A política de Educação Infantil em âmbito nacional, estadual e municipal deve se articular com as de Ensino Fundamental, Médio e Superior, bem como com as modalidades de Educação Especial e de Jovens e Adultos, para garantir a integração entre os níveis de ensino, a formação dos profissionais que atuam na Educação Infantil, bem como o atendimento às crianças com necessidades especiais.
- A política de Educação Infantil em âmbito nacional, estadual e municipal deve se articular às políticas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Direitos Humanos, Cultura, Mulher e Diversidades, bem como aos fóruns de Educação Infantil e outras organizações da sociedade civil.

Partindo das políticas já existentes, das demandas de estados e municípios e tendo em vista as metas e estratégias do Plano Nacional de Educação, Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014, o Ministério da Educação vem atuando na consolidação da identidade da educação infantil no âmbito do sistema educacional por meio de cinco linhas de ação comprometidas com a melhoria da qualidade:

- Acesso;
- Currículo;
- Financiamento;
- Formação dos profissionais;
- Avaliação.

Em relação a ampliação do acesso, o Ministério da Educação (MEC) e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) lançaram, em 2007, o Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil (Proinfância), com objetivo de ampliar a rede física escolar pública de atendimento da educação infantil. O Proinfância prevê projetos arquitetônicos especialmente planejados com centralidade na criança, recursos para a construção de creches e pré-escolas e aquisição de equipamentos e mobiliários visando a ampliação progressiva do acesso de crianças menores de seis anos de idade à educação infantil.

Contudo apenas a construção do espaço físico não garante o direito à educação infantil e a qualidade do trabalho pedagógico desenvolvido. Desta forma, o MEC, por meio da Coordenação-Geral de Educação Infantil (COEDI) implementa diferentes estratégias de assessoramento técnico-pedagógico aos municípios executores do Proinfância: reuniões técnicas estaduais, visitas *in loco*, envio de material, resposta a consultas via e-mail ou por contato telefônico para orientações sobre estrutura e funcionamento da nova instituição, elaboração da proposta pedagógica, regulamentação e autorização de funcionamento, constituição do quadro de recursos humanos e critérios de matrícula, entre outras. As estratégias de assessoramento também mobilizam nos Estados diferentes parceiros de referência, como a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (UNDIME), a União dos Conselhos Municipais de Educação (UNCME), as Universidades Federais, o Ministério Público e os Fóruns de Educação Infantil.

Além disso, na execução desse Programa, uma das dificuldades apontada pelos municípios refere-se ao custeio e manutenção de novas matrículas nesses estabelecimentos até o recebimento dos recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica (FUNDEB), repassados com base no Censo Escolar do Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (INEP) do ano anterior.

Visando enfrentar esse problema, a Presidência da República publicou, em 29 de setembro de 2011, a Lei nº 12.499, que autoriza a União a transferir recursos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal,

com a finalidade de prestar apoio financeiro à manutenção de novos estabelecimentos públicos de educação infantil, e dá outras providências.

O MEC, portanto, por meio do FNDE, repassa recursos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal a título de apoio à manutenção dos novos estabelecimentos públicos de educação infantil, que tenham sido construídos com recursos do Governo Federal, que estejam em plena atividade e que ainda não são contemplados com recursos do FUNDEB.

O apoio financeiro repassado aos municípios e ao Distrito Federal a partir das novas matrículas em novos estabelecimentos públicos de educação infantil, até início do recebimento de recursos pelo FUNDEB, é comportado pelo orçamento do Ministério da Educação e executado por meio de solicitação no SIMEC.

O Proinfância se caracteriza também como importante intervenção no espaço urbano que evidencia o lugar da infância: um lugar de qualidade, amplo, bonito, de bem estar, com forte integração entre área externa e interna induzindo toda a população a repensar a importância da educação das crianças desde a mais tenra idade.

É uma ação inovadora do Governo Federal comprometida também com o enfrentamento da desigualdade social onde ela começa.

Embora a discussão sobre currículo e proposta pedagógica seja antiga em nosso país, foi no processo de articulação, levado a efeito tanto durante o período da Constituinte como nos momentos posteriores à promulgação da Constituição de 1988, que essa questão foi ganhando contornos que envolviam a Educação Infantil. Essas discussões, que apontavam para a necessidade de uma proposta pedagógico-curricular para a área, ganharam maior força no período de discussão e elaboração da LDB (Lei nº 9.394/1996), quando foi possível visualizar a integração da Educação Infantil ao sistema educacional. De forma sistemática, desde este período a Coordenação-Geral de Educação Infantil (COEDI) busca conhecer as propostas pedagógico-curriculares em curso nas diversas Unidades da Federação e investiga os pressupostos em que se fundamentam essas propostas, as diretrizes e os princípios que nortearam o processo no qual foram construídas e as informações sobre a prática do cotidiano dos estabelecimentos de Educação Infantil. Nesse trabalho de pesquisa e monitoramento também é ofertado assessoramento técnico-pedagógico e orientações metodológicas para subsidiar as instâncias executoras de Educação Infantil em sua estrutura e funcionamento.

Os estudos realizados trazem à tona a fragilidade e a inconsistência de grande parte das propostas pedagógicas em vigor. Ao mesmo tempo, durante a realização dos diagnósticos, é possível evidenciar a multiplicidade e a heterogeneidade de propostas e de práticas em Educação Infantil, bem como aprofundar a compreensão a esse respeito. Essa multiplicidade, própria da sociedade brasileira, é um ponto crucial quando se discute a questão do currículo, apontando para uma série de questionamentos: Como tratar uma sociedade em que a unidade se dá pelo conjunto das diferenças, no qual o caráter multicultural se acha entrecruzado por uma grave e histórica estratificação social e econômica? Como garantir um currículo que respeite as diferenças – socioeconômicas, de gênero, de faixa etária, étnicas, culturais e das crianças com necessidades educacionais especiais – e que, concomitantemente, respeite direitos inerentes a todas as crianças brasileiras de 0 a 6 anos, contribuindo para a superação das desigualdades? Como contribuir com os sistemas de ensino na análise, reformulação e/ou na elaboração de suas propostas pedagógicas sem fornecer modelos prontos? Como garantir que neste imenso país as atuais diretrizes nacionais assegurem de fato o convívio na diversidade, no que diz respeito à maneira de cuidar e de educar crianças de 0 a 6 anos?

Uma das respostas a essas questões foi dada na revisão das DCNEI, Resolução CNE/CEB nº 05 de 17 de dezembro de 2009, e atualmente, por meio de grande esforço nacional para a construção da Base Nacio-

nal Comum Curricular da Educação Infantil comprometido com as especificidades desta etapa que não se organiza por áreas do conhecimento e nem por disciplinas.

A proposta pedagógica das instituições de Educação Infantil deve ter como objetivo garantir à criança o acesso a processos de apropriação, renovação e articulação de conhecimentos e aprendizagens de diferentes linguagens, assim como o direito à proteção, à saúde, à liberdade, à confiança, ao respeito, à dignidade, à brincadeira, à convivência e à interação com outras crianças.

Como é possível constatar, a educação infantil como dever do estado é uma política pública consolidada, com identidade própria, forte demanda social, significativo investimento governamental e clara abordagem intersetorial. Em franca expansão no país possui recursos subvinculados constitucionalmente às matrículas da rede pública.

A Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016 que dispõe sobre políticas públicas para a primeira infância reafirma e se compromete com a educação infantil como direito de todas as crianças e dever do Estado. Em sintonia com as metas do Plano Nacional de Educação estabelece, no Art. 16: “a expansão da educação infantil deverá ser feita de maneira a assegurar a qualidade da oferta, com instalações e equipamentos que obedeçam a padrões de infraestrutura estabelecidos pelo Ministério da educação, com profissionais qualificados conforme dispõe a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), e com currículo e materiais pedagógicos adequados à proposta pedagógica.”

Além disto, avança ao articular as políticas para a primeira infância com a formação continuada dos diferentes profissionais.

No Art. 10, define: “os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança.”

Para concluir é necessário lembrar que o Marco Legal da Primeira Infância é mais um dos avanços da sociedade brasileira na luta pelos direitos das crianças.

A ação em nível nacional é parte importante que se coloca numa perspectiva transnacional e deve se desdobrar nos estados e municípios na execução de Políticas Integradas pela Primeira Infância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

BRASIL. Lei nº 12.499, de 29 de setembro de 2011, Autoriza a União a transferir recursos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, com a finalidade de prestar apoio financeiro à manutenção de novos estabelecimentos públicos de educação infantil, e dá outras providências.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Lei Federal n.º 9.394, de 26 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação/Câmara de educação Básica. Resolução nº 5, de 17 de dezembro de 2009. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Brasília: 2009.

_____. Parecer nº 20, de 17 de dezembro de 2009. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil. Brasília: 2009.

BRASIL, CNE/CEB. Orientações para a matrícula das crianças de 6 (seis) anos de idade no Ensino Fundamental obrigatório, em atendimento à Lei nº 11.114, de 16 de maio de 2005, que altera os Arts. 6º, 32 e 87 da Lei nº 9.394/1996. Parecer nº 18/2005.

BRASIL, MEC, SEB, DPE, COEDI. Política Nacional de Educação Infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à educação. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Básica/DPE/COEDI, 2005a.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: DESENHANDO E IMPLEMENTANDO PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL COM BASE EM EVIDÊNCIAS

Ricardo Paes de Barros

*Subsecretário de Ações Estratégicas da Presidência da República (2011-2015)
Professor Titular da Cátedra Instituto Ayrton Senna do Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER)
Economista Chefe do Instituto Ayrton Senna*

Diana Coutinho

*Diretora na Subsecretaria de Ações Estratégicas da Presidência da República (2011-2015)
Gerente Executiva do Laboratório de Ciências para Educação do Instituto Ayrton Senna*

Rosane Mendonça

*Diretora na Subsecretaria de Ações Estratégicas da Presidência da República (2011-2015)
Professora do Departamento de Economia da UFF*

Para a efetividade das políticas públicas em prol do desenvolvimento na Primeira Infância é absolutamente fundamental contar com um sistema de monitoramento. O marco legal nos diz quais são os direitos das crianças, quem tem a responsabilidade de garantir esses direitos e, de alguma maneira, como esses direitos devem ser garantidos. Planos e programas apresentam ações e serviços que precisam ser implementados, mas nada disso garante que cada uma das pessoas tenha os serviços de que mais necessita. Para termos certeza de que as crianças realmente receberam os serviços de que elas necessitam precisamos de um sistema de monitoramento que avalie em que medida esses direitos estão realmente sendo garantidos ou se estão sendo negligenciados. Só com um sistema de monitoramento vamos saber exatamente quais são as verdadeiras necessidades de diferentes comunidades, grupos sociais e crianças e, portanto, seremos capazes de adequar a política social às necessidades da Primeira Infância.

Por isso, é praticamente impossível deslanchar um grande programa de atenção à Primeira Infância sem que simultaneamente haja um sistema de monitoramento do que está de fato acontecendo com o desenvolvimento dessas crianças. Isso é algo mundialmente reconhecido. O Comitê das Nações Unidas pelos Direitos das Crianças afirma isso de uma maneira muito clara.

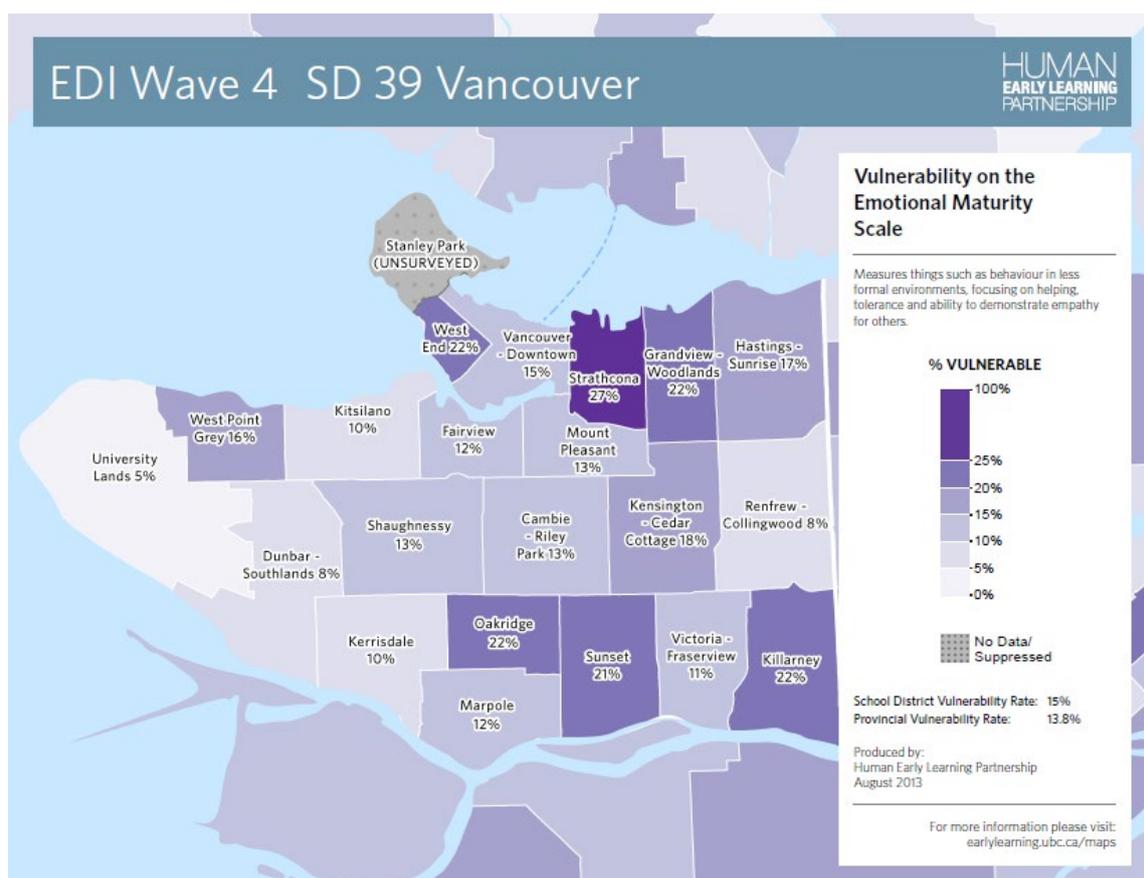
O Comitê reitera a importância de dados quantitativos e qualitativos, abrangentes e atualizados, sobre todos os aspectos da primeira infância para a formulação, acompanhamento e avaliação

do progresso alcançado e do impacto de diferentes políticas. Tendo em vista a falta, em muitos Estados Partes, de sistemas nacionais adequados de coleta de dados sobre a primeira infância para todas as áreas abrangidas pela Convenção, e que a informação específica e desagregada sobre as crianças nos primeiros anos de vida não estão prontamente disponíveis, a Comissão urge todos os Estados Partes a desenvolver um sistema de coleta de dados e indicadores consistentes com a Convenção e desagregados por sexo, idade, estrutura familiar e residência, e outras categorias relevantes. Este sistema deve abranger todas as crianças com idade até 18 anos, com especial destaque para a primeira infância, em particular das crianças pertencentes a grupos vulneráveis.

O Canadá criou uma força-tarefa para estudar a primeira infância e o resultado dessa força-tarefa é basicamente que a habilidade de cumprir aquilo com o que o país se comprometeu na Convenção das Nações Unidas Sobre os Direitos das Crianças depende da criação de um sistema de monitoramento dos resultados do desenvolvimento de cada criança.

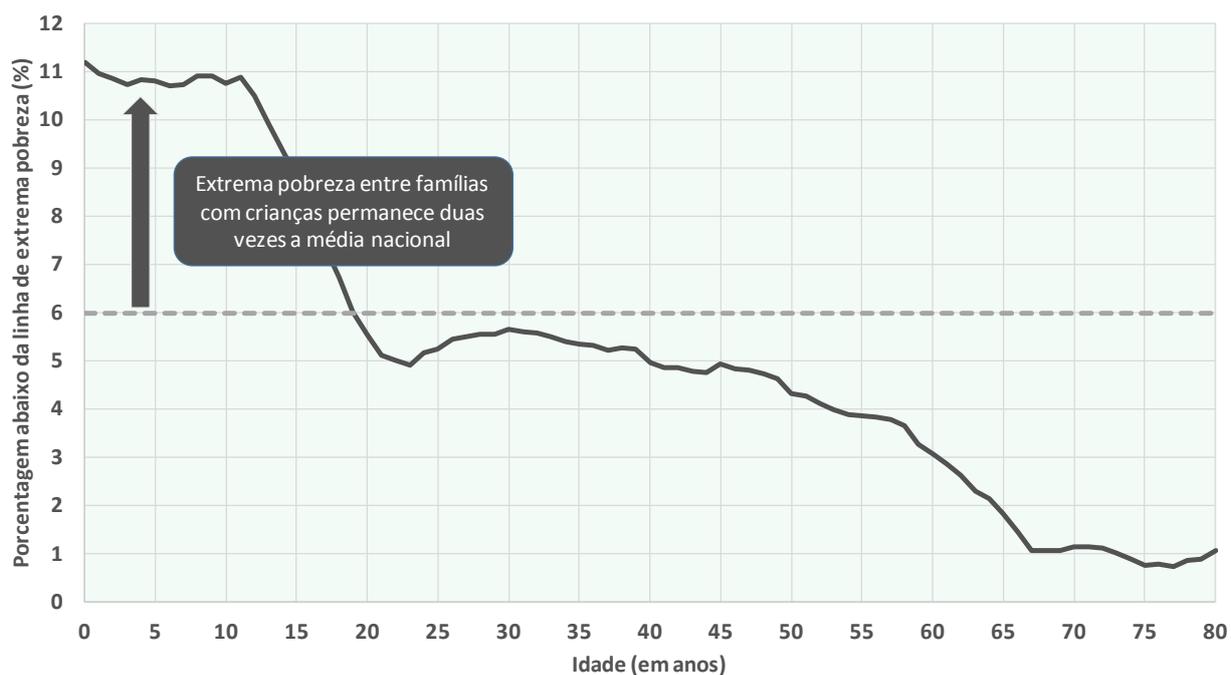
Os cientistas canadenses concluíram que o monitoramento é fundamental. Hoje se sabe, bairro a bairro, em grande parte do Canadá, como anda o desenvolvimento das crianças e em que medida elas estão preparadas para entrar na escola.

Conforme podemos ver no mapa da cidade de Vancouver apresentado a seguir, é possível acompanhar dimensões do desenvolvimento infantil, como a maturidade emocional das crianças, em cada bairro da cidade



A pergunta é: o Brasil também vem desenvolvendo o seu próprio sistema de monitoramento? Um sistema que permita planejar esse grande movimento de implementação de políticas pró-primeira infância. Vejamos nos dois gráficos a seguir que o Brasil baseou toda a sua política recente em evidência empírica.

Perfil da extrema pobreza no Brasil: 2013

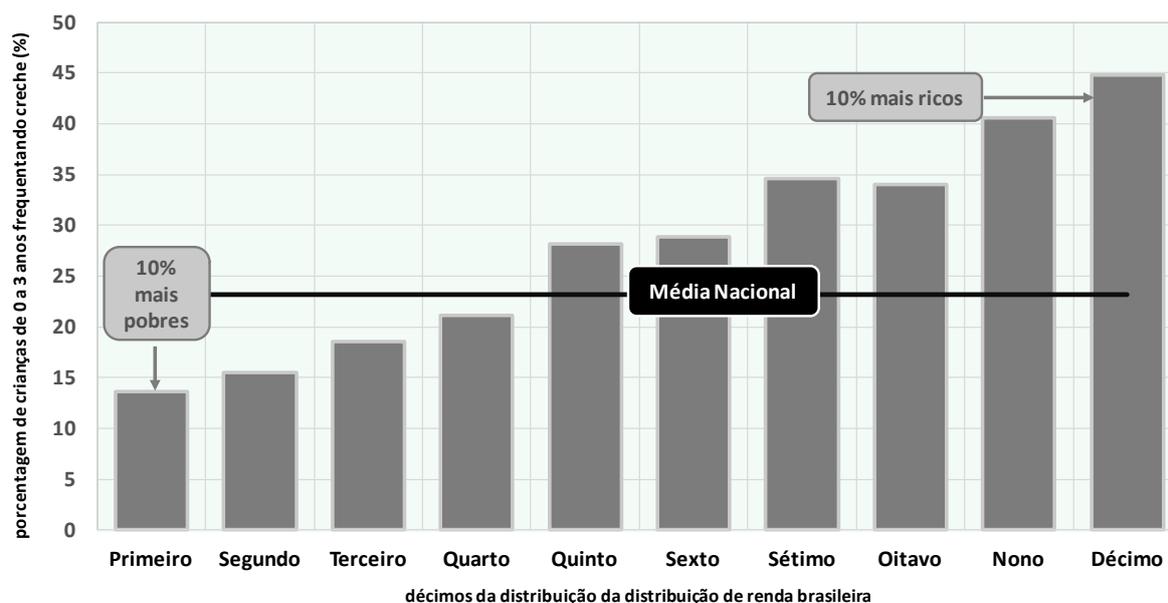


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - elaboração dos autores.

Esse gráfico mostra no eixo “x” a idade e no eixo “y” o grau de extrema pobreza. Na hora em que percebemos que a pobreza na Primeira Infância era duas vezes a média brasileira, surgiu a motivação para, por meio do Programa Brasil Carinhoso, promover um aumento de transferência de renda para as famílias com crianças. A evidência empírica foi fundamental para fazer política.

Outro exemplo é o da frequência à creche por décimos da distribuição de renda.

Taxa de frequência à creche de crianças com até 3 anos de idade por décimos da distribuição de renda, Brasil 2013



Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013 - elaboração dos autores.

Esse gráfico mostra que a taxa de frequência em creches das famílias mais ricas no Brasil, isto é, a frequência em creches dos 10% mais ricos, era três vezes maior que a taxa de frequência em creches dos 10% mais pobres. Desse fato, adveio outro componente do Programa Brasil Carinhoso para tentar reverter essa discrepância, em parte, subsidiando duplamente o acesso de crianças pobres à creche.

Estes, portanto, são dois exemplos de que o Brasil tem usado a evidência empírica para desenhar política pública. E qual é o grande desafio que temos à frente? Temos monitorado aquilo que podemos chamar de direitos negativos; ou seja, temos cuidado para que ninguém impeça as crianças de se desenvolverem. Evitar que impedimentos sejam criados para que uma criança se desenvolva é na verdade monitorar aquilo que se pode chamar de um direito negativo, ou seja, ninguém pode praticar uma violência contra a criança. Na verdade, estamos impedindo que alguém faça alguma coisa que vá atrapalhar o seu desenvolvimento. Mas, mais do que não atrapalhar, ou deixar de atrapalhar o desenvolvimento da criança, queremos também interagir de uma maneira afetiva e construtiva com ela; não queremos só deixar de atrapalhar, queremos começar a promover, a ajudar. Isso é o que chamamos de direito positivo.

Indicadores de bem-estar das crianças estão modificando seu foco de apenas concentrarem-se em indicadores de mortalidade, aflição, incapacidade e desconforto para abordarem também indicadores de satisfação e bem-estar (RESNICK, 1995, p.3, tradução nossa).

Medidas como as taxas de mortalidade infantil e na infância, de matrícula na escola e de cobertura vacinal, embora ainda sejam importantes, parecem ultrapassadas e menos relevantes para medir o bem-estar e a qualidade de vida das crianças nos dias de hoje. Estas medidas se referem principalmente à sobrevivência e às necessidades básicas das crianças e são insuficientes para medir o estado e a qualidade de vida das crianças” (BENM-ARIEH, 2006 p.7, (tradução nossa)

Então, a questão é: como anda no Brasil o monitoramento dos direitos positivos, ou seja, da promoção do desenvolvimento infantil? Medidas contra a mortalidade infantil, taxas de frequência à escola, imunização, embora continuem sendo importantes, são menos relevantes para medir o bem-estar e a qualidade de vida das crianças hoje do que eram no passado. Simplesmente porque ao longo das últimas décadas tivemos melhoras substanciais nesses indicadores. Temos que caminhar na direção de medir o desenvolvimento das crianças com relação a necessidades menos básicas. Precisamos começar a medir como anda o desenvolvimento cognitivo, as habilidades de comunicação, e assim por diante.

O programa “Chile Cresce Contigo”, por exemplo, tem uma pesquisa nacional representativa longitudinal das crianças, em que é aplicada a maior variedade de testes e de indicadores do desenvolvimento infantil de tal maneira que é possível acompanhar o seu desenvolvimento.

Algumas dimensões ou componentes do desenvolvimento podem atuar como fatores de resiliência. Se a criança tiver um pai pobre, desde que ele a trate com muita atenção e com muito cuidado, na verdade ela se desenvolve praticamente na mesma velocidade em que a de uma família mais rica. Já outras habilidades são muito mais sensíveis à disponibilidade de recursos, o que permite entender em que dimensão devemos ser mais cuidadosos e onde deve haver mais ou menos intervenção pública.

Todo esse sistema de monitoramento é importante para se desenhar uma política de promoção do desenvolvimento da primeira infância que vá muito além de eliminar impedimentos ao desenvolvimento da criança e passe, na verdade, a promover o desenvolvimento pleno das capacidades de cada uma delas.

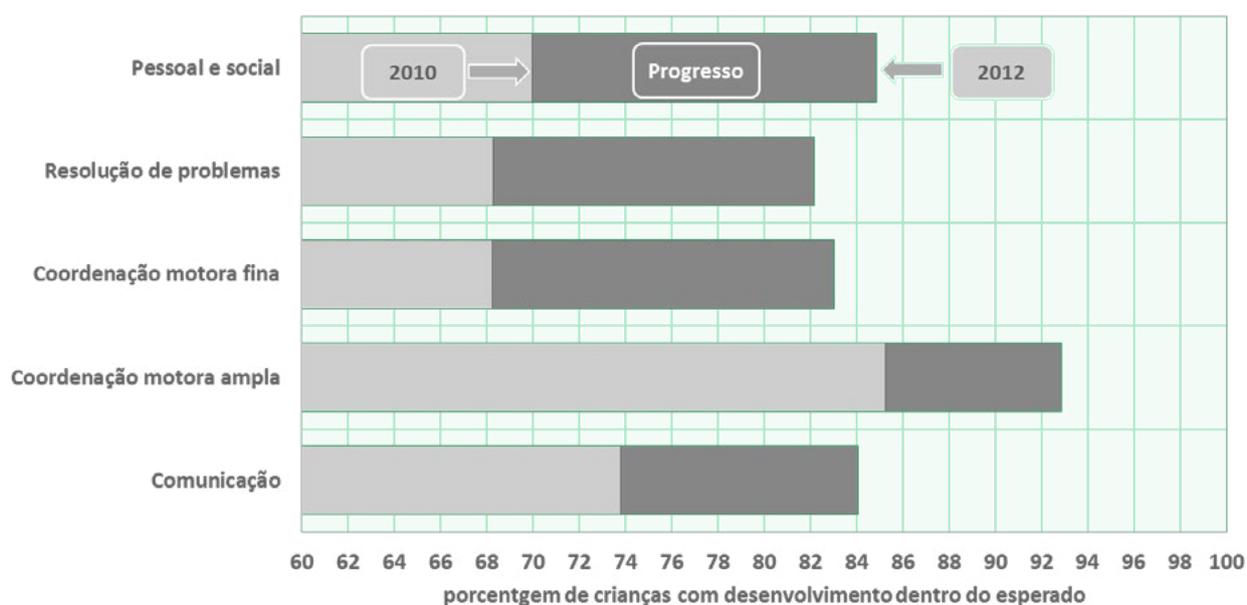
Na Austrália, os mesmos indicadores utilizados pelo Canadá são também calculados por bairros para todas as cidades do país. Este mapeamento representa um esforço enorme da Austrália, a partir do que eles chamam de Australian Early Development Index, que é um relatório bianual com informações locais sobre o que está acontecendo com o desenvolvimento das crianças. Com base nesse sistema percebe-se, por exemplo, que uma em cada cinco crianças tem desenvolvimento vulnerável, ou seja, as crianças pequenas são naturalmente vulneráveis. Se na Austrália é uma em cada cinco, no Brasil devem ser mais do que uma em cada cinco, e nós precisamos saber quem são e onde estão.

Mas, de fato, tudo o que hoje Canadá e Austrália fazem, São Carlos-SP já está fazendo no Brasil. Esses instrumentos que Austrália e Canadá utilizam, o EDI, que já foi traduzido e validado num esforço da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, já é usado em algumas cidades do interior de São Paulo, em São Carlos em particular, para acompanhar o desenvolvimento das crianças em todas as dimensões.

O Center for Disease Control (CDC) americano lançou um grande programa, o Learn the Signs, Act Early, ou seja, descubra se uma criança tem algum problema, alguma dificuldade em seu desenvolvimento, e ajude-a a se desenvolver plenamente. Eles têm a ideia de que uma em cada seis crianças americanas tem alguma dificuldade de desenvolvimento, e que agindo rapidamente é possível eliminar completamente essa dificuldade. Portanto, é preciso saber quem são elas e onde estão.

O Ages and Stages Questionnaire (ASQ) é um instrumento recomendado pelo American Academy of Pediatrics por ser um instrumento de simples aplicação, e não necessitar de pessoal com capacitação prévia para a sua aplicação. Este é um instrumento que já foi traduzido e validado para o Brasil, e aplicado na cidade do Rio de Janeiro por três anos consecutivos – 2010-2012 –, conforme mostra o gráfico a seguir.

Progresso em desenvolvimento infantil: Creches municipais cariocas entre 2010 e 2012



Fonte: estimativas obtidas pelos autores a partir dos resultados da aplicação do ASQ nas creches municipais do Município do Rio de Janeiro 2010-2012

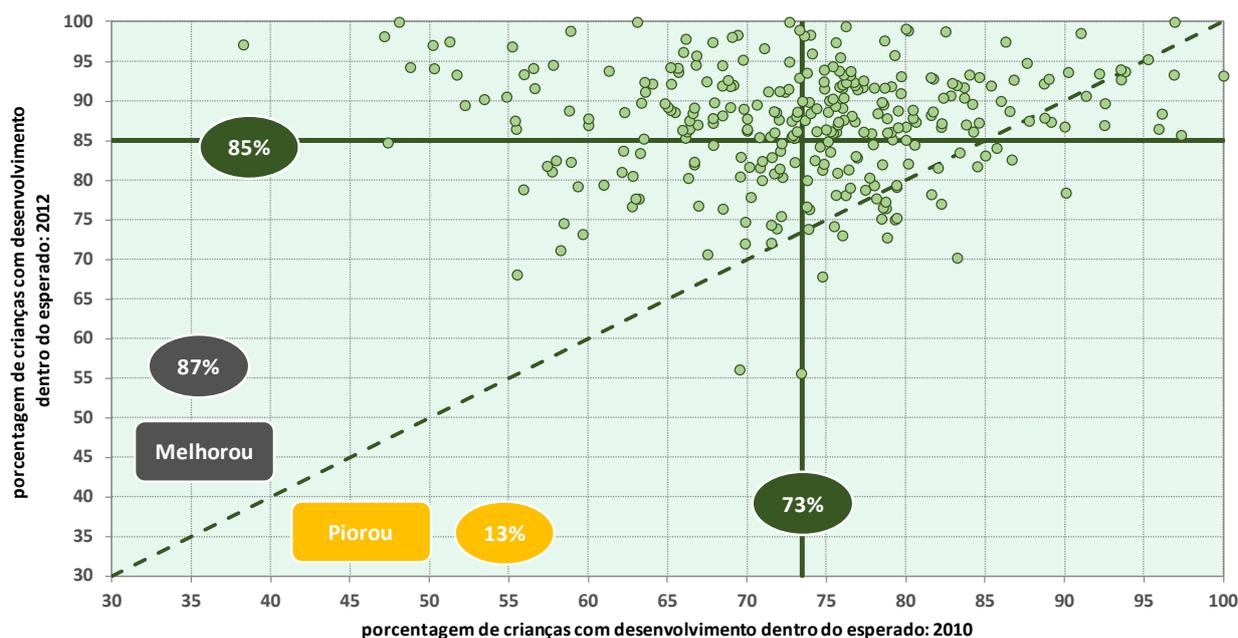
O painel a seguir capta, por idade, 30 indicadores de desenvolvimento da criança. São 510 marcos do desenvolvimento da criança que podem ser acompanhados e que mostram o que estava acontecendo na cidade do Rio de Janeiro em termos do desenvolvimento infantil.

Escala	Comunicação						Coordenação Motora Ampla						Coordenação Motora Fina						Resolução de Problemas						Pessoal-Social					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
8 meses	↔	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↑	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↓	
9 meses	↔	↑	↔	↔	↑	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↑	↓	↑	↔	↔	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↓	↔	↑	↔		
10 meses	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↑	↑	↑	↔	↑	↑	↑	↑		
12 meses	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↓	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑		
14 meses	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↑		
16 meses	↔	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↑	↑	↑		
18 meses	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↓	↔	↑	↑	↔		
20 meses	↑	↔	↑	↑	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↔	↑	↑	↑	↔	↔	↑	↑	↑	↑		
22 meses	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↑	↑	↔	↑	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↑		
24 meses	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↑	↔	↑	↑		
27 meses	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔	↑	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↑	↔	↑	↑		
30 meses	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↑	↔		
33 meses	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔		
36 meses	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↑		
42 meses	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↔	↔		
48 meses	↔	↔	↔	↑	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↑	↔	↑	↑	↔	↔	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔		
54 meses	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↑	↑	↔		

Percebe-se que em alguns deles há uma queda estatisticamente significativa, uma piora nos indicadores. Há, entretanto, um leque de ações que se pode fazer quando um indicador desse tipo está piorando, quer dizer, que tipo de atividades se pode fazer para promover a melhora desse tipo de componente do desenvolvimento das crianças.

Estimativas para as creches municipais da cidade do Rio de Janeiro mostram que, nesse período, em 87% das creches as crianças melhoraram o seu desenvolvimento; em 13% elas pioraram. Pode-se descobrir exatamente que creche é essa, descobrir em que dimensão do desenvolvimento infantil está piorando e tomar alguma atitude de forma a reverter o quadro.

Evolução da porcentagem de crianças com desenvolvimento dentro do esperado: 2010-2012



Qual é o grande problema do Brasil? O Brasil é um dos líderes mundiais em termos do marco legal. O Brasil talvez também esteja entre os líderes no mundo em termos da amplitude dos programas voltados à Primeira Infância que está desenvolvendo, mas certamente não está entre os líderes em termos de seu sistema de monitoramento. Se nós fôssemos um país pobre e com poucos recursos humanos para implementar um sistema de monitoramento, isso teria alguma justificativa, mas na verdade somos um país em que esses indicadores são plenamente conhecidos, temos esses indicadores traduzidos, testados e validados para o português, e simplesmente temos dificuldade de criar um sistema que realmente monitore se todo esse esforço que estamos tentando fazer está realmente tendo o efeito que esperamos que ele tenha.

A solução na verdade é muito fácil, porque a Caderneta de Saúde da Criança não tem hoje os 500 marcos do desenvolvimento, como muitos de nós gostaríamos que tivesse, mas tem 50 marcos do desenvolvimento². Quer dizer, se os marcos do desenvolvimento da criança fossem realmente preenchidos na Caderneta de cada criança brasileira e esses dados alimentassem um sistema de informações, nós poderíamos seguir hoje o desenvolvimento das crianças brasileiras em cada Município com o que já temos. É claro que poderíamos melhorar e sair de 50 para 500, mas com os 50 já seria um enorme progresso.

Em suma, temos instrumentos, temos a capacidade, e seria difícil acreditar que queiramos pagar o preço de fazer uma política para a Primeira Infância sem base na devida evidência. Essa informação é indispensável para se adequar a política para a Primeira Infância à necessidade de cada comunidade e de cada criança. Portanto, é indispensável contar com um sistema de monitoramento, tal como consta no Projeto de Lei nº 6.998/2013, artigo 11:

2 Ministério da Saúde (2013). Caderneta de Saúde da Criança. Brasília, DF, 2013. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

Art. 11. As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços às crianças e divulgação dos seus resultados.

§ 1º A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo.

§ 2º A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

AS PRIORIDADES DA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN) PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

Ana Maria Cavalcante de Lima

Mestre em Saúde Pública, Analista em Atenção Primária da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Michele Lessa de Oliveira

Doutora em Nutrição Humana, Coordenadora-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Maria de Fátima Cruz Correia de Carvalho

Mestre em Nutrição Humana, Tecnologista em Ciência e Tecnologia da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Gisele Ane Bortolini

Doutora em Nutrição Humana, Analista Técnico de Políticas Sociais da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Eduardo Augusto Fernandes Nilson

Especialista em Biologia Molecular e em Políticas Públicas e Gestão Governamental, Coordenador Substituto de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde

Neste capítulo são sugeridas as ações prioritárias, no âmbito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) do Ministério da Saúde, que podem contribuir com uma política integrada direcionada para a primeira infância. O documento divide-se em três partes. A primeira descreve os princípios e diretrizes da PNAN, com destaque para as prioridades reservadas à Primeira Infância. A segunda parte descreve as principais ações e programas na área de alimentação e nutrição, que têm como foco o cuidado com a saúde e nutrição de crianças e a confluência da agenda com os princípios da atenção básica do SUS. Por fim, na terceira parte, apresenta-se a conclusão sobre o tema.

1. A POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (PNAN)

Em âmbito internacional, publicações recentes sistematizam e citam inúmeros estudos que tratam da influência das intervenções na área da nutrição no desenvolvimento das crianças nos primeiros anos de vida (BLACK *et al*, 2008; VICTORA *et al*, 2008; VICTORA *et al*, 2011). A redução da morbimortalidade infantil, melhores indicadores de desenvolvimento cognitivo, desempenho escolar e na capacidade de aprendizado,

entre outros, são alguns exemplos da potencialidade e dos benefícios obtidos por meio de ações e de programas específicos de nutrição direcionados para a melhoria da qualidade de vida, de saúde e de nutrição das crianças.

No Brasil, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) define-se como uma política pública que orienta as prioridades da área de nutrição, no âmbito da política de saúde. Ancorada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a PNAN compreende a alimentação como um fator determinante da saúde e prevê que as ações de alimentação e nutrição sejam desempenhadas de forma transversal em todos os níveis da atenção à saúde do SUS, mas com ênfase na atenção básica.

Para além daqueles princípios doutrinários e organizativos do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular), outros princípios orientam a PNAN: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; o respeito à diversidade e à cultura alimentar brasileira; o fortalecimento da autonomia dos indivíduos por meio do aumento da capacidade de fazer escolhas, governar e produzir a própria vida; a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição, com o reconhecimento das determinações socioeconômicas e culturais que atuam sobre as condições de alimentação e nutrição de indivíduos e coletividades (BRASIL, 2013). Ainda, a PNAN reconhece e referenda a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que “consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”, como preconiza a Lei Orgânica de Segurança Alimentar – Losan³, em seu artigo 3º. A PNAN tem o propósito de contribuir para a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, por meio de diretrizes que envolvem diferentes ações e intervenções. A figura abaixo mostra as nove diretrizes da PNAN e o elo de conexão entre elas:



Figura 1 – Diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

3 Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.

Considerando tais diretrizes e as ações por elas orientadas, aquelas que mais diretamente podem contribuir para um conjunto de ações prioritárias direcionadas para a Primeira Infância são: a vigilância alimentar e nutricional; as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar; a prevenção e, no âmbito da organização da atenção nutricional no SUS, o controle das deficiências de micronutrientes e atenção especial à desnutrição infantil e ao excesso de peso. Imprescindível ainda que o Estado – atendendo ao disposto no art. 196 da Constituição Federal, que determina ao Estado o dever da saúde e, para dar concretude aos direitos à saúde e à alimentação (art. 5º) –, fortaleça e avance nas intervenções de controle e regulação de alimentos, incluída aqui a regulação da propaganda e da publicidade de alimentos direcionadas para o público infantil.

Com isto, o Projeto de Lei da Primeira Infância – PL 6.998/2013 reforça os compromissos do Estado na garantia de melhores condições de nutrição voltados à Primeira Infância, na medida em que define a área de alimentação e nutrição como prioridade para as políticas públicas e reconhece o seu potencial para a promoção do desenvolvimento humano.

2. AS PRIORIDADES PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NA POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

2.1. A vigilância alimentar e nutricional

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes (BRASIL, 2013). Engloba um conjunto amplo de estratégias de vigilância epidemiológica que congregam os inquéritos populacionais, as chamadas nutricionais, estudos e pesquisas, sistemas de informações do SUS e, em especial, o conjunto de informações provenientes do cuidado desenvolvido pelos trabalhadores do SUS na rotina dos serviços da atenção básica de saúde.

No âmbito dos territórios, a VAN subsidia o planejamento da atenção nutricional e a gestão das ações de alimentação e nutrição, no âmbito dos territórios, por meio do diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes da atenção básica, quer em nível individual ou coletivo. Também permite a avaliação da efetividade das ações que são desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica em cada território (BRASIL, 2015a).

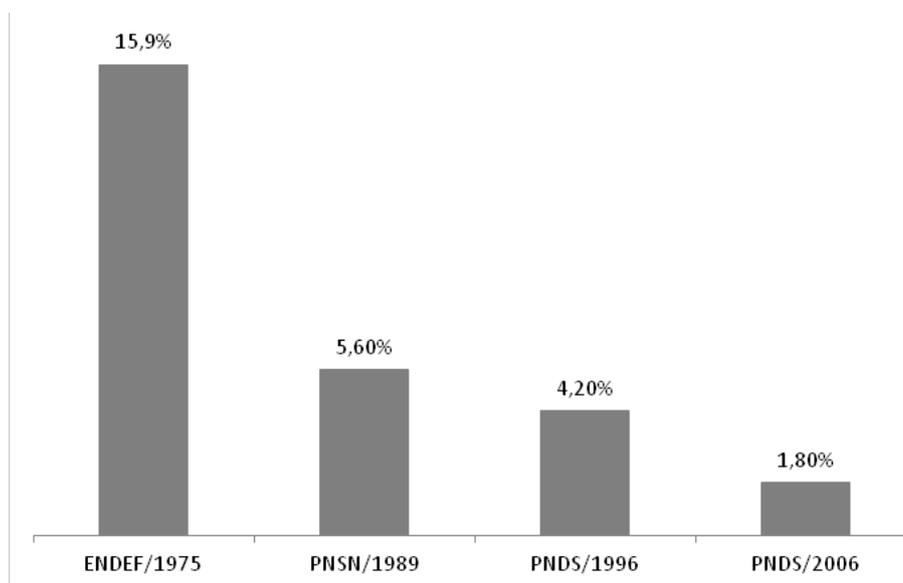
O Brasil tem vivenciado mudanças importantes no perfil nutricional da população, caracterizado por redução na prevalência de todas as formas de desnutrição na população infantil e aumento do excesso de peso. Concomitantemente mudanças importantes nos hábitos e comportamentos alimentares, evidenciados na população adulta, vêm impactando e explicando o perfil epidemiológico nutricional atual, com destaque para a diminuição do consumo de alimentos tradicionais da dieta nacional (como arroz, feijão e farinha de mandioca) e o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados (refrigerantes, bebidas açucaradas, macarrão instantâneo, biscoitos recheados, entre outros) (IBGE, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2000; POPKINS, 1994) e também para crianças brasileiras menores de 5 anos (BORTOLINI, 2012). Tais tendências requerem intervenções oportunas e incisivas. O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma das estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento e reversão desse quadro (BRASIL, 2014a), bem como o Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos, lançado em 2002 (BRASIL, 2005).

Analizando a tendência secular dos indicadores de alimentação e nutrição trazidos pelo Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) (IBGE, 1983), pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN)

(BRASIL, 1989) e pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009a), observa-se uma expressiva redução na prevalência da desnutrição infantil no Brasil. Os gráficos abaixo mostram essa tendência de involução na desnutrição infantil nos últimos 30 anos.

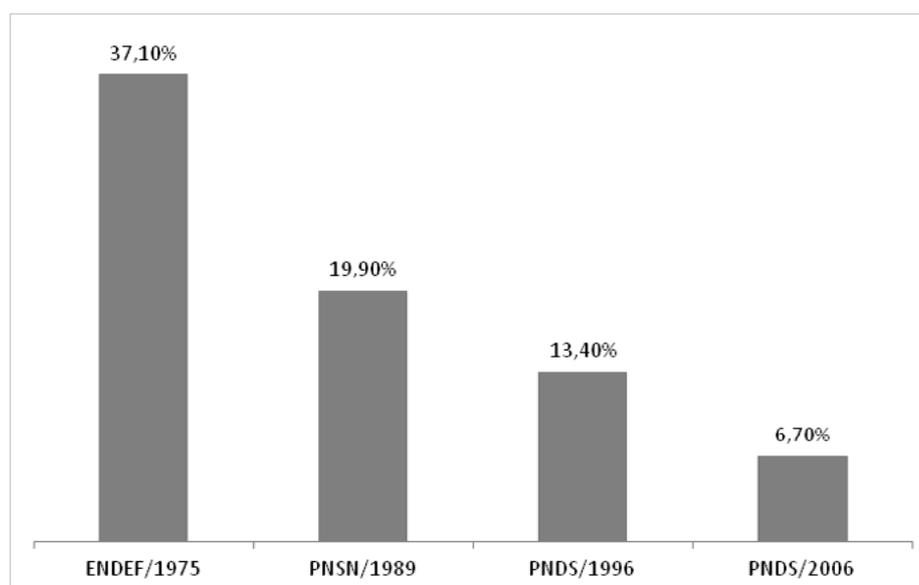
O déficit de peso (Gráfico 1) reduziu de 15,9% para 1,8%, enquanto que o déficit de estatura passou de 37,1% para 6,7% no mesmo período (Gráfico 2).

Gráfico 1 – Evolução do déficit de peso para idade em crianças menores de 5 anos no Brasil, segundo ENDEF/75, PNSN/89 e PNDS/96;2006.



Fonte: Inquéritos populacionais nacionais (ENDEF/1975; PNSN/1989; PNDS 1996/2006).

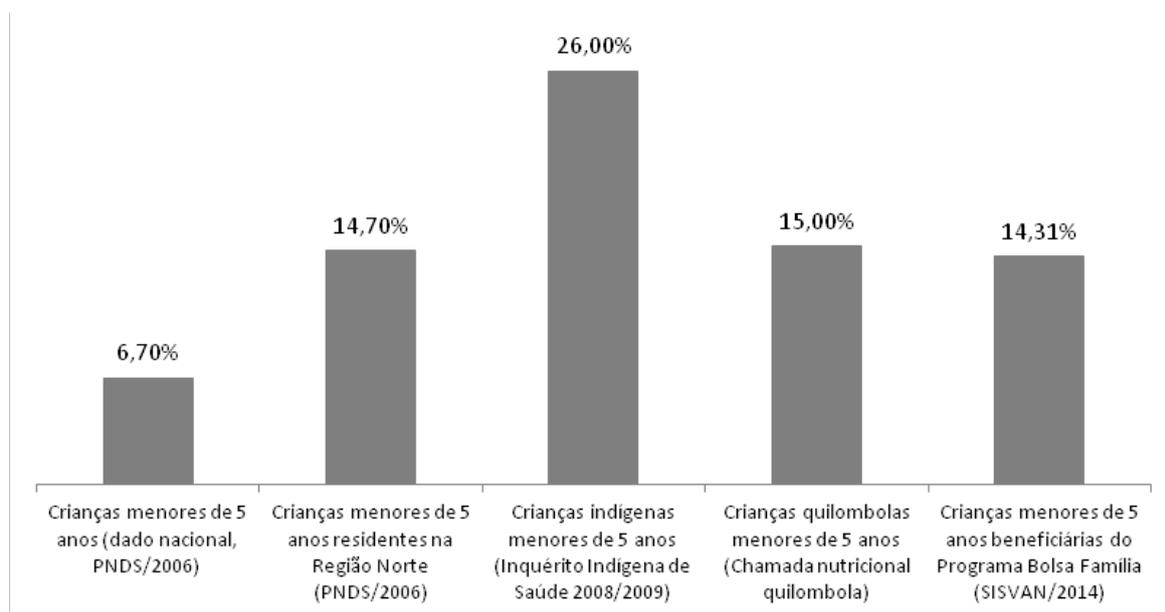
Gráfico 2 – Evolução do déficit de estatura para idade em crianças menores de 5 anos no Brasil, segundo ENDEF/1975, PNSN/1989 e PNDS/1996 (2006).



Fonte: Inquéritos populacionais nacionais (ENDEF/1975; PNSN/1989; PNDS 1996/2006).

Apesar da queda dos índices de desnutrição infantil, ainda persistem desigualdades regionais, de renda e étnico-raciais, conforme se observa no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Déficit de estatura para idade em crianças menores de 5 anos estratificadas por grupos populacionais.



Fonte: Inquéritos populacionais (PNDS/2006; COIMBRA JUNIOR, 2014; Chamada Nutricional Quilombola 2007; Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

A Região Norte ainda se destaca com importante prevalência da desnutrição crônica (déficit de estatura para idade), apresentando o dobro da prevalência nacional (14,7% contra 6,7%) (BRASIL, 2009a). Entre as crianças indígenas, o déficit de estatura, em 2008-2009a era de 26% (CONSEA, 2010) e entre as crianças quilombolas era de 15% (BRASIL, 2007).

Em se tratando de condições de vulnerabilidade social grave, mensurada pela renda familiar, a desnutrição crônica (estatura/idade) entre crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, embora com expressiva tendência à redução, atingia 16,8% delas em 2008 e 14,31% em 2014 (Gráfico 3).

Em 2006, 7,3% das crianças brasileiras menores de seis anos apresentavam excesso de peso (BRASIL, 2009a), sendo que essa prevalência vem aumentando significativamente quando se consideram os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Para crianças menores de 5 anos participantes do Programa Bolsa Família, o SISVAN indica que o sobrepeso chega a 9% e a obesidade a 9,3%. Para crianças na faixa de 5 a 9 anos, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008 indicou prevalência de excesso de peso de 34,8% e de obesidade de 16,6% (BRASIL, 2011a).

Essas evidências e tendências reforçam a necessidade de realizar e fortalecer o acompanhamento sistemático e constante do estado nutricional da população, com ênfase nas crianças na Primeira Infância, possibilitando não somente o monitoramento das tendências nutricionais, mas a intervenção oportuna para correção ou prevenção de agravos, e o realinhamento, de políticas e ações que tenham como foco a melhoria do perfil de saúde e nutrição infantil. Em especial, visando às crianças indígenas, às de Comunidades e Povos Tradicionais e àquelas em situação de vulnerabilidade social.

AVAN⁴, portanto, é uma ferramenta e uma estratégia que apresenta imensa potencialidade para a análise continuada da situação de saúde, em especial das crianças, possibilitando a organização e a execução de práticas mais adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. Fortalecer a sua inserção concreta no cotidiano do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica significa apoiar gestores e profissionais de saúde no processo de organização da atenção nutricional, permitindo a definição de prioridades de atuação com base no acompanhamento de indicadores de alimentação e nutrição infantil. A VAN tem que ser vista e entendida como um DIREITO das crianças e um DEVER de realização da rede de atenção à saúde.

Por fim, a identificação da situação alimentar e nutricional, por meio da VAN, permite prognosticar as múltiplas dimensões da (in)segurança alimentar e nutricional, permitindo aos gestores públicos – nos estados, nos municípios, nos territórios, nas regiões de saúde – e às instâncias locais de controle social analisar a situação e construir uma agenda de prioridades coerentes com as necessidades de saúde e nutrição das crianças (BRASIL, 2013).

2.2. Acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do benefício está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde e de educação. Criado em 2004⁵, o programa apresenta, entre seus objetivos, a promoção do acesso à rede de serviços públicos, o combate à fome e a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional.

As condicionalidades de saúde do PBF, compreendidas pelo acompanhamento da imunização, do crescimento e do desenvolvimento de crianças menores de 7 anos de idade e da assistência ao pré-natal de gestantes, reforçam o direito à saúde às famílias e auxiliam na ruptura do ciclo intergeracional de pobreza, que potencialmente propiciam o combate à pobreza futura, por meio do investimento no desenvolvimento do capital humano.

Sobre o acompanhamento de crianças, no primeiro semestre de 2015, foram acompanhadas 5.509.186 crianças de um total de 7.558.169 (72,89%), das quais 99,1% estavam com o calendário vacinal em dia e 84,7% tiveram dados nutricionais coletados.

O acompanhamento das famílias pelas Equipes de Atenção Básica já se mostrou efetivo na redução da desnutrição e excesso de peso em crianças. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (CadSISVAN), mostrou que estar no grupo de crianças do Programa Bolsa Família e ter sido acompanhado por mais de quatro anos na Atenção Básica, diminui em mais de 50% as chances de desenvolver desnutrição crônica e quase 10% de estar com excesso de peso em relação aos indivíduos com até 1 ano de acompanhamento no Programa (BRASIL, 2014b). Assim, o esforço empreendido pelos profissionais de saúde, catalisado pelo acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, se configura como uma contribuição importante do setor saúde no enfrentamento da pobreza no país e da garantia de melhores condições às crianças em situação de vulnerabilidade social.

4 Mais informações sobre a Vigilância Alimentar e Nutricional podem ser acessadas pelo link: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php

5 Lei 10.836 de 09/01/2004, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm

2.3. As Ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

As práticas alimentares na infância repercutem de forma importante nas condições de saúde e nutrição das crianças. No país, a alimentação inadequada está associada com a ocorrência de deficiências nutricionais, como a desnutrição, anemia e hipovitaminose A, assim como o excesso de peso entre as crianças. O aleitamento materno é considerado a primeira prática alimentar, sendo condição primordial para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças. A recomendação é de que as crianças sejam amamentadas de forma exclusiva até o 6º mês de idade e continuem recebendo o leite materno até 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2009b).

De acordo com a última Pesquisa realizada nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses foi de 41% e a mediana do aleitamento materno total é de 11,2 meses. Também se evidencia a introdução precoce de água, chá e outros leites antes de 6 meses de idade (BRASIL, 2009b).

Dados anteriores da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde mostraram que a qualidade da alimentação de crianças brasileiras com idade entre 6 e 59 meses apresenta problemas: as crianças consomem diariamente arroz com feijão, mas a maioria delas não têm consumo diário de verduras de folhas, legumes, carnes e frutas. Outro aspecto negativo é que as crianças nesta faixa etária apresentam consumo frequente de alimentos não saudáveis, como biscoitos, refrigerantes, doces e salgadinhos (BORTOLINI *et al*, 2012).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, no Brasil, 50,6% das crianças com idade igual ou superior a 9 meses e menor que 12 meses ainda recebem leite materno. Também foi estimado que 60,8% das crianças com menos de 2 anos de idade comem biscoitos, bolachas ou bolo, e que 32,3% tomavam refrigerante ou suco artificial, conforme gráficos abaixo (BRASIL, 2015b).

Por esses achados, o investimento em ações de promoção da alimentação adequada e saudável deve ser prioridade, no âmbito das ações e diretrizes da PNAN.

Recentemente, o Ministério da Saúde lançou o Guia Alimentar para População Brasileira, que é norteador das políticas públicas de alimentação e nutrição e se apresenta como um instrumento de educação alimentar e nutricional que aborda os princípios e as recomendações de alimentação adequada e saudável para a população brasileira por meio de um conjunto de informações, análises e recomendações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos. (BRASIL, 2014a).

2.3.1. Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Com esse intuito de promover a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos foi instituída, em 2013, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil – EAAB.

A EAAB⁶ é uma ação que visa ao fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, atuando sobre o aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde da atenção básica. A implementação da Estratégia tem como princípio a educação permanente em saúde e como base a metodologia crítico-reflexivo. A Estratégia busca criar espaços para o desenvolvimento de um processo de educação, formação e práticas em saúde compartilhado coletivamente, de forma a potencializar a qualidade do cuidado. Desta forma, a proposta conta com a formação de facilitadores para apoiar a formação de tutores; a realização de oficinas de

6 A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, instituída pela Portaria nº 1.920/2013, conta com a parceria entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – ambas do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, que colaboram com iniciativas para a atenção integral da saúde das crianças. Mais informações podem ser acessadas no link: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>.

trabalho nas unidades básicas de saúde; acompanhamento do processo de implementação, monitoramento e certificação das Unidades Básicas de Saúde na Estratégia.

Até o momento, foram formados quase 3.400 tutores, que estão atuando em mais de 1.300 Unidades Básicas de Saúde do SUS, conformando uma ampla rede de colaboradores em prol da promoção, da proteção, do apoio e do incentivo ao aleitamento materno e à alimentação saudável na infância.

2.3.2. Programa Saúde na Escola

Outra agenda que potencializa a promoção da alimentação adequada e saudável é o Programa Saúde da Escola (PSE)⁷, que é um programa intersetorial que envolve o Ministério da Saúde e da Educação, no qual profissionais de saúde e de educação desenvolvem ações nas escolas. Em 2014, a adesão ao PSE alcançou 4.787 municípios, mais de 80 mil escolas e 18 milhões de educandos. Anualmente, acontece a Semana Saúde na Escola que tem como objetivo ampliar o reconhecimento das ações planejadas e executadas no âmbito do PSE, além do fortalecimento da integração e articulação entre os setores da saúde e da educação no nível local. Neste ano de 2015, os temas centrais são: alimentação saudável e práticas corporais. A expectativa é de mobilizar as 78 mil escolas que aderiram ao PSE para realização de atividades relacionadas aos temas.

Buscando incentivar que as cantinas ofereçam uma alimentação saudável aos alunos de escolas privadas, foi firmado um acordo entre o Ministério da Saúde e a Federação Nacional das Escolas Particulares, em 2012, para a promoção da alimentação saudável nas escolas da rede privada de ensino. O Acordo resultou na divulgação do Manual “Cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável”, que traz diretrizes para alimentação saudável de estudantes da educação básica, um curso de autoaprendizado e a construção de um site sobre o tema (BRASIL, 2010).

2.4. A prevenção e controle das deficiências por micronutrientes

Apesar dos investimentos para a Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, uma série de estudos demonstra que inúmeras crianças, residentes em países em desenvolvimento, não atingem seu pleno potencial de desenvolvimento em função de condições de má nutrição, expondo-as à maior probabilidade de baixo rendimento escolar e menor produtividade quando adultos, fatores estes que possivelmente contribuem para a transmissão intergeracional da pobreza (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; WALKER *et al.*, 2007; ENGLE *et al.*, 2007; 2011).

A magnitude das deficiências de micronutrientes coloca-as, ainda, como um relevante problema de saúde pública no Brasil. Segundo dados da PNDS/2006, 17,4% das crianças apresentam hipovitaminose A e 20,9% apresentam anemia por deficiência de ferro. Estudos regionais apontam para uma prevalência média de cerca de 50% de anemia ferropriva em crianças menores de 5 anos de idade (JORDÃO *et al.*, 2009). As crianças menores de 2 anos, em função do alto requerimento fisiológico de ferro para o crescimento, estão mais susceptíveis à deficiência de ferro; nessa fase, as necessidades nutricionais de ferro dificilmente serão atendidas somente por meio da alimentação. A deficiência de ferro é responsável por 50% da causa da anemia em crianças, e as evidências científicas mostram que a deficiência de outros micronutrientes também prejudica o metabolismo do ferro (WHO, 2008).

7 O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 e tem como objetivo principal contribuir para o fortalecimento de ações de desenvolvimento integral de crianças, adolescentes, jovens e adultos, proporcionando à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dessas parcelas da população. Mais informações sobre o PSE podem ser acessadas por meio do link: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>

Considerando esse quadro epidemiológico-nutricional, a atenção nutricional, no âmbito da Atenção Básica, por meio da realização de ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável ganha destaque e deve ser a base do cuidado. Contudo, a magnitude das deficiências na população requer a conjugação de outras estratégias de prevenção: a fortificação obrigatória de alimentos (medida de caráter universal) e de suplementação profilática de micronutrientes em grupos populacionais mais vulneráveis são duas dessas estratégias adotadas no Brasil, também sob a responsabilidade do Ministério da Saúde.

Essas estratégias profiláticas incluem três tipos de intervenções: a) suplementação com megadoses de vitamina A; b) suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico; e c) fortificação da alimentação de crianças atendidas em creches públicas com o acréscimo de um mix de micronutrientes em pó.

A suplementação com megadoses de Vitamina A compõe o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A⁸ (PNSVA) e prevê a suplementação de todas as crianças com idade entre 6 e 59 meses residentes em municípios das Regiões Norte, Nordeste e aqueles que participam do Plano Brasil Sem Miséria nas Regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul. O programa recomenda que crianças de 6 a 11 meses devem receber uma cápsula de 100.000UI e crianças de 12 a 59 meses devem receber uma cápsula de 200.000 UI a cada 6 meses. As cápsulas são adquiridas pelo Ministério da Saúde e enviadas aos municípios por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde. A distribuição de Vitamina A é feita na rotina dos serviços de Saúde (por demanda espontânea ou programada, visita domiciliar e busca ativa) ou junto às Campanhas de Atualização da Caderneta de Vacinação das crianças.

A suplementação profilática com sulfato ferroso e ácido fólico é tratada pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)⁹, uma das estratégias previstas na PNAN para o controle da deficiência de ferro no Brasil, e uma das ações prioritárias do setor saúde na Ação Brasil Carinhoso¹⁰. O Programa objetiva a prevenção e controle da anemia por meio da administração profilática de suplementos de ferro às crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes (que recebem também a suplementação de ácido fólico) e mulheres até o 3º mês pós-parto e/ou pós-aborto. Os municípios, os estados ou o DF adquirem os suplementos utilizando do repasse financeiro específico para tal fim previsto no Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

2.4.1. Estratégia NutriSUS

Ainda no conjunto de estratégias de suplementação para a prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro, foi instituído o NutriSUS. Essa estratégia, implantada inicialmente nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, consiste na adição direta de um sachê de micronutrientes à alimentação das crianças de 6 meses a 3 anos e 11 meses oferecida nas creches. A ação vem sendo implantada em diversos municípios brasileiros e nasceu a partir da prioridade de cuidado integral à saúde das crianças de 0 a 6 anos estabelecida pela Ação Brasil Carinhoso, componente do Plano Brasil Sem Miséria. Atualmente, participam da Estratégia NutriSUS 1.717 municípios em todo o país, em 6.864 creches, atendendo a um total de 330.376 crianças.

Vale destacar que para incorporação da estratégia NutriSUS no Brasil foram geradas evidências nacionais da sua efetividade, com a realização do Estudo Nacional de Fortificação da Alimentação Complementar – EN-

8 O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. Mais informações sobre o programa podem ser acessadas em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vitamina_a.php

9 Para mais informações sobre o PNSF, ver Portarias nº 1.977/2014 e nº 1.555/2013, disponíveis em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsf.php>

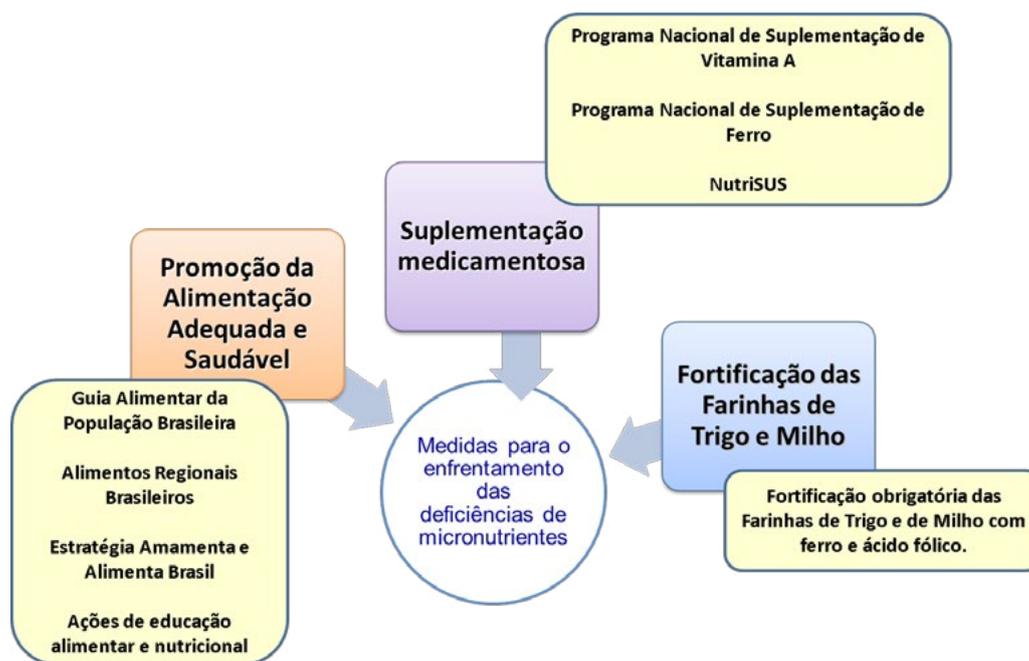
10 A Ação Brasil Carinhoso faz parte do Plano Brasil Sem Miséria e confere prioridade ao cuidado integral à saúde das crianças de 0 a 6 anos que vivem em situação de pobreza no país.

FAC¹¹ no período de junho/2012 a julho/2013 em quatro cidades brasileiras: Goiânia (GO), Olinda (PE), Porto Alegre (RS) e Rio Branco (AC). O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade do sachê de micronutrientes, a adesão por mães e a aceitação por parte das crianças de 6 a 8 meses atendidas na rede de atenção do SUS e contribuir para a implementação da estratégia no Brasil. Em 2014, foram publicados os seguintes resultados: nas crianças que receberam o sachê com múltiplos micronutrientes, a anemia foi 38% menor; a prevalência de deficiência de vitamina A foi 55% menor e a deficiência de ferro foi 20% menor; tiveram menores frequências de febre e chiado no peito nos últimos 15 dias e insuficiência de vitamina E 60% menor.

Finalmente, as estratégias de fortificação de alimentos – medidas preventivas de caráter universal porque atingem toda a população indiscriminadamente - incluem a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e de milho com ferro e ácido fólico¹², com o objetivo de reduzir a prevalência de anemia e prevenir a ocorrência de defeitos do tubo neural, e a fortificação obrigatória do sal destinado ao consumo humano com iodo¹³, com vistas a diminuir a prevalência dos distúrbios por deficiência de iodo.

Em síntese, o enfrentamento das deficiências de micronutrientes no país certamente será mais efetivo com a conjugação das estratégias referidas: Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, fortificação de alimentos e de suplementação por micronutrientes, relações essas expressas no mapa gráfico abaixo.

Figura 2 - Conjunto de estratégias para a prevenção e controle das deficiências por micronutrientes



Com essas medidas, o Ministério da Saúde propõe-se a potencializar a atuação dos trabalhadores da saúde da Atenção Básica do SUS, alertando-os para o compromisso de garantir cuidado integral e melhores condições de saúde e nutrição às crianças brasileiras, revertendo ou interrompendo o quadro de deficiências de micronutrientes no país.

11 O boletim contendo os resultados do ENFAC encontra-se disponível no link http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/boletim_enfac2014.pdf

12 RDC ANVISA n. 344/2012, disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f851a500474580668c83dc3fbc4c6735/RDC_344_2012.pdf?MOD=AJPERES.

13 Portaria n. 2.362/2005, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_operacional_proido.pdf.

2.5. Regulação e controle de alimentos: o papel da publicidade

Especialistas em saúde e nutrição reconhecem que a publicidade de alimentos para crianças é ampla e está disseminada em todo o mundo. A maior parte desse marketing refere-se a alimentos ultraprocessados que apresentam alto teor de gordura, açúcar e sal. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reconhece alguns pontos cruciais que reforçam a necessidade de regulamentação da publicidade de alimentos para crianças: a magnitude das mensagens publicitárias, levando a uma exposição exagerada das crianças às publicidades e promoções de alimentos; os tipos de alimentos e bebidas anunciados, na sua maioria alimentos não saudáveis que contribuem para o aumento do sobrepeso e obesidade e ainda doenças crônicas como hipertensão e diabetes; a natureza e o conteúdo das mensagens, extremamente repetitivas, invasivas e persuasivas e os efeitos da publicidade de alimentos sobre preferências alimentares, comportamentos e saúde como, por exemplo, a influência da propaganda televisiva nos pedidos de compras e modelos de consumo de alimentos das crianças (OPAS, 2012).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 define como uma das principais ações, no eixo de alimentação saudável, o estabelecimento de regulamentação específica para a publicidade de alimentos, principalmente para crianças, apoiando a participação da sociedade civil organizada de interesse público nessa defesa da regulação e a aprovação de leis no Congresso Nacional que versem sobre a regulamentação de publicidade de alimentos na infância (BRASIL, 2011b).

De modo semelhante, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, elaborada em 2014, no âmbito da Câmara Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (CAISAN) expressa que a regulação da publicidade e outras práticas de marketing é a medida mais efetiva e custo-efetiva para reduzir a demanda por produtos não saudáveis, devendo-se avançar em medidas legislativas que restrinjam a publicidade de alimentos que não devem ter consumo incentivado - de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira, como aqueles com grandes quantidades de açúcar, sódio, gorduras ou calorias, bem como o uso de personagens infantis e celebridades nos rótulos ou embalagens desses produtos e associação de marca com brinquedos (BRASIL, 2014c).

Outra agenda que se configura em um desafio é a melhoria da alimentação ofertada e disponibilizada nas cantinas escolares. Políticas que restringem a disponibilidade de bebidas e alimentos não saudáveis dentro da escola são um mecanismo para reduzir influências negativas no processo de formação de hábitos alimentares e contribuem com a prevenção da obesidade na infância.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) realizada em 2014, desde o ano 2000 até agosto de 2014, a Câmara e o Senado colocaram em pauta 81 projetos de lei (PLs) propondo novas regras para o marketing e a publicidade de alimentos ultraprocessados, sendo as propostas variadas. Restringir a propaganda desses produtos para crianças e em escolas, banir a distribuição de brindes e incluir alertas sobre os riscos de seu consumo excessivo estão entre as mais frequentes. Nenhuma delas, porém, foi aprovada até o momento (MARTINS, 2014).

Alguns avanços foram conseguidos com a publicação da Lei n. 11.265/2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos (NBCAL). Outro avanço importante foi a publicação da Resolução nº 163 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), em 2013, que dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica a crianças e ao adolescente.

No tocante à reformulação de alimentos processados, desde 2007, o Ministério da Saúde estabeleceu termo de cooperação com a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA). A partir dessa

cooperação, iniciou-se, em 2008, a redução das gorduras trans nos alimentos industrializados (tendo como base a Declaração do Rio de Janeiro, da Organização Pan Americana da Saúde). Além disso, a partir de 2011, foram firmados quatro termos de compromisso nos quais foram estabelecidas metas de redução nos teores de sódio dos alimentos que mais contribuem para a ingestão deste nutriente.

Estimativas preliminares apontam que, em 2014, foram retiradas mais de 7.652 toneladas de gorduras trans somente dos produtos dos dois primeiros termos de compromisso (massas instantâneas, pão de forma, bisnaguinhas, batatas fritas, salgadinhos de milho, maionese, bolos e misturas para bolos e biscoitos) e que serão retiradas mais de 28 mil toneladas até 2020 em consequência de todos os termos. Além disso, também para estes termos, observou-se que 95% a 100% dos produtos alcançaram as primeiras metas e que houve reduções nos teores médios de sódio nas categorias entre 10% e 24% em dois anos. Na sequência, reforçando a agenda de reformulação de alimentos processados para a prevenção de doenças crônicas está prevista a continuidade do monitoramento e repactuação de metas para a redução do sódio até 2020 e o início da negociação de metas de redução dos teores de açúcar nos alimentos processados, para 2016. Essas medidas impactam de forma incisiva em melhores condições de saúde, de alimentação e de nutrição das crianças brasileiras.

3. CONCLUSÃO

Sendo a Atenção Básica do SUS a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde e a coordenadora do cuidado, reconhecer as necessidades de saúde e nutrição da Primeira Infância sob sua responsabilidade, organizá-las em relação às potencialidades de atuação e possibilidades de enftretamento requer um amplo investimento e reconhecimento do impacto de uma boa nutrição nas condições de crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis.

Assim, as prioridades apontadas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) são estratégias primordiais do setor saúde que visam estreitar as contribuições para a garantia de melhores condições de vida e desenvolvimento infantis plenos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLACK, Robert E. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, Volume 371, n. 9608, p. 243-260, 2008.

BORTOLINI, Gisele Ane; GUBERT, Muriel Bauermann; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1759-1771, Sept. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. Brasília: INAN, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Chamada nutricional quilombola 2006: sumário executivo*. Brasília, 2007.

BRASIL. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável* – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*/IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2ª ed., 1ª reimpr. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. *Sumário Executivo: Avaliação da evolução temporal do estado nutricional das crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), acompanhadas nas condicionalidades de saúde Brasília*, abril de 2014b. Disponível em: http://aplicacoes.mds.gov.br/sagimrps/simulacao/sum_executivo/pdf/sumario_138.pdf. (Acesso em 23/10/2015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida – Brasil e grandes regiões*/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015b.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(4):855-859, abr, 2014.

CONSEA. CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (Brasil). *A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil – indicadores e monitoramento: da Constituição de 1988, 2010*.

ENGLE, P. L. *et al.* International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet*, Oxford, v. 369, n. 9557, p. 229-242, 2007.

ENGLE, P. L. *et al.* Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, Oxford, v. 378, n. 9799, p. 1339-1353, 2011.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. *et al.* Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, Oxford, v. 369, n. 9555, p. 60-70, 2007.

IBGE. *Metodologia do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) 1975*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1983.

IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.

MARTINS, A. P. B. (Org.). Publicidade de alimentos não saudáveis: os entraves e as perspectivas de regulação no Brasil. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. *Cadernos Idec – Série Alimentos - Volume 2*. São Paulo: Idec, 2014.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000. p. 247-255.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Recomendações da Consulta de Especialistas da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a Promoção e a Publicidade de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças nas Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1431&Itemid=423>. Acesso em: 02 maio 2015.

POPKINS, B. M. The nutrition transition in low income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, [S.l.], v. 52, p. 285-298, 1994.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, Volume 371, n. 9609, p. 340-357, 2008.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Saúde no Brasil 6: Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, Volume 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

WALKER, S. P. *et al.* Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, Oxford, v. 369, p.145-157, 2007.

WHO. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. *WHO Global Database on Anaemia*. Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli and Mary Cogswell. Geneva, 2008.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO MINISTÉRIO DA SAÚDE¹⁴

Paulo Bonilha

Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde

Gilvani Pereira Granjeiro

Assessora Técnica da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

*“Nada é tão forte quanto uma ideia
que chega no momento certo”
(Victor Hugo)*

1. INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nossa compreensão é de que a intersectorialidade, como forma de abordagem nas políticas públicas dos direitos da criança, como forma de chegar até ela e atendê-la com uma visão holística, chegou em momento oportuno. Nós precisamos dar esse passo à frente nas nossas políticas públicas, articulando setores e promovendo ações integrais e integradas. Várias políticas estão em curso, ainda tímidas ou de pequena dimensão, mas já estão sinalizando a possibilidade de trabalharmos de mãos dadas, de articularmos setores, de formularmos propostas e projetos de intervenção integrados e integrais. E vários Ministérios são setores chave nessa área de articulação intersectorial.

Os problemas enfrentados no Brasil têm como uma das soluções o que está sendo construído nesse espaço de articulação intersectorial entre saúde, educação, assistência e outras políticas públicas.

Nós estamos também em um momento histórico no Brasil, no que tange à saúde da criança, porque foi aprovada, pela primeira vez na história deste País, uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da Portaria GM-MS 1130/2015¹⁵.

Embora desde antes da década de 50 – antes de existir o Ministério da Saúde, quando o Ministério da Educação e da Saúde ainda eram um único Ministério – já existiam ações, programas e políticas do ponto de vista da saúde da criança, mas, em nenhum momento, uma política, articulando tudo isso, havia sido pac-

14 Texto adaptado de Palestra proferida no III Seminário Internacional do Marco Legal da Primeira Infância, na Câmara dos Deputados, em 1º/07/2014.

15 PNASIC disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4315:ci-n-167-publicada-a-portaria-gm-n-1130-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-sus&catid=6:conass-informa&Itemid=14

tuada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde Estaduais, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, de uma forma muito discutida, muito democrática, tanto na Comissão Intergestora Tripartite (CIT), onde têm assentos secretários estaduais e municipais, quanto no próprio Conselho Nacional de Saúde, onde tem assento a sociedade civil. Inclusive, muitas das entidades participam da construção do marco legal da primeira infância, como a Pastoral da Criança, entre outras.

É um momento muito feliz, porque passamos a ter uma política nacional que deixa muito claro para cada gestor municipal e estadual o que é preciso para conseguirmos articular uma integralidade na saúde, que é o que a Constituição Federal, ao definir o Sistema Único de Saúde (SUS), mais almeja: a integralidade e a universalidade. Então, é o caminho para conseguirmos oferecer atenção integral para os problemas concretos que as crianças apresentam.

Um dos sete eixos temáticos que compõem a política de saúde da criança é o Desenvolvimento Integral na Primeira Infância (DPI). Isso não é pouca coisa, acho que isso é histórico. Pela primeira vez, temos uma política, e nessa política nós explicitamos a prioridade da promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância, deixando clara a necessidade de essa política estar articulada com as políticas públicas sociais, com educação, com assistência social e com as demais políticas.

Um marco histórico que não pode ser negligenciado aqui é o fato de, em 2012, o Governo Federal, a Presidenta Dilma, ter lançado o *Programa Brasil Carinhoso*, que foi um marco do ponto de vista de o Brasil poder entrar para o seleto clube de países que têm políticas intersetoriais para a primeira infância, como Cuba, Chile, etc.

Então, o Brasil Carinhoso vem seguindo o exemplo destes países, que hoje contam com políticas interseoriais para as crianças no início da vida. Ele contém, como vocês todos devem saber, ações do Ministério da Educação, no sentido do fomento à garantia do direito à creche para crianças menores de 4 anos, em especial aquelas de maior vulnerabilidade, aquelas do *Bolsa Família*.

O Ministério de Assistência Social, estendendo o Bolsa Família para as crianças na primeira infância, e o Ministério da Saúde com várias ações, entre elas a extensão do *Programa Saúde na Escola* (PSE) para contemplar estas crianças. Então, cada unidade de saúde é convocada a se articular não só com a escola fundamental do seu território, mas também com a creche do seu território, a pré-escola do seu território.

Além disso, programas importantes de prevenção da Anemia e da Hipovitaminose A, que são dois agravos de saúde que afetam muito o desenvolvimento infantil. Hoje nós temos estratégias novas para lidar com esses problemas.

Finalmente, tendo em vista o lançamento da política PNAISC, desde então, nós do Ministério da Saúde vimos discutindo, baseados em evidências científicas que vêm da economia, com o Prof. James Heckman e outros economistas, apontando a importância do investimento dos países em desenvolvimento infantil para o desenvolvimento nacional dos países. Com as evidências da Neurociência, com evidências dos programas lançados por muitos países. Baseados em todos estes conhecimentos, nós do Ministério da Saúde vimos complementando o Brasil Carinhoso com ações de fomento a políticas públicas municipais, estaduais, de qualificação da atenção básica à saúde, visando ao desenvolvimento integral na infância.

Esse trabalho que a gente vem desenvolvendo no Brasil Carinhoso somou-se às nossas políticas públicas, ao fato de a gente ter um SUS, um sistema universal de saúde que é um dos mais generosos do mundo, que se propõe a ser universal, atender a todos e a ser integral, atender de maneira completa cada cidadão brasileiro. O Ministro Padilha, que deixou o Ministério recentemente, sempre lembrava que o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que assumiu para si o desafio de ter um sistema nacional de

saúde com as características de ser universal e integral, de ter a maior política de imunização do mundo, com mais de 20 vacinas gratuitas, que são uma das responsáveis pelo que eu vou comentar a seguir, a redução da mortalidade infantil.

A gente precisa falar das nossas políticas públicas sociais. O Sistema Único de Saúde é um patrimônio do povo brasileiro. Eu sonho um dia ver os brasileiros fazendo como os ingleses fizeram na abertura das Olimpíadas, ao mostrarem o que tinham de bom. Mostraram as bandas: os *Beatles*, *One Direction* (orgulho da minha filha adolescente)... Mas mostraram também, com orgulho, o *National Health Service* (NHS), a mãe do SUS! Eu espero que um dia todos nós possamos orgulhar-nos do SUS como os ingleses se orgulham do NHS. Da mesma forma, que possamos orgulhar-nos do Sistema Único de Assistência Social — SUAS, e do Sistema de Educação. São políticas de Estado que a gente tem construído e que são o fundamento para a gente articular o trabalho em prol da primeira infância. Eu acho que o que o Brasil Carinhoso trouxe é o começo desse processo de articulação intersetorial.

Nosso trabalho no campo da primeira infância se pauta na promoção da cultura do estímulo ao desenvolvimento pleno na primeira infância no País. Tem como objetivo o desenvolvimento de uma política pública que vise ao empoderamento das famílias, em especial das mais vulneráveis, para o cuidado dos filhos com afeto. Isso é decisivo. Não é pouca coisa. Nós precisamos começar a falar explicitamente da importância dos vínculos, do afeto e, inclusive, desenvolvermos estratégias para estimulá-los. Isso é a base para o desenvolvimento saudável de qualquer ser humano.

A estratégia para isso tem sido de, ao invés de lançarmos uma política pública nacional que seja uma camisa de força, na qual Estados e Municípios tenham que se enquadrar, apoiarmos experiências municipais e estaduais de capacitação das Equipes de Saúde da Família, de seus Agentes Comunitários de Saúde, para um trabalho mais proativo de fomento ao desenvolvimento infantil pelas famílias. Um trabalho de empoderamento, de apoio às famílias para um melhor cuidado, um cuidado com afeto, um cuidado com limites e sem violência, que é fundamental para nós não termos os problemas que nós vimos enfrentando com relação à nossa adolescência e que tem sido diagnosticado erroneamente como um problema que será resolvido com mais prisões e mais ação policial.

As políticas públicas aqui colocadas, esse cuidado com a primeira infância, já mostram evidências de que pode haver impacto, inclusive, na diminuição de comportamentos infracionais na adolescência. O contexto em que nasce essa nossa política é de um momento muito favorável de melhora de todos os indicadores de saúde da criança. O Brasil tem sido homenageado pelo UNICEF e pela Organização Pan-Americana de Saúde por ter cumprido já em 2012 o Objetivo do Milênio nº 4, de redução da mortalidade na infância, com três anos de antecedência e com uma das maiores reduções no mundo, uma redução de 77%. Mas ainda temos desafios na redução da mortalidade de crianças em grupos mais vulneráveis.

Sabemos que as médias escondem grandes iniquidades. Não podemos ficar comemorando a melhora dos indicadores nacionais esquecendo que entre os nossos pequenos indígenas, nossos curuminzinhos, temos uma taxa de mortalidade infantil de 2,5 a 3 vezes maior. Isso é um escândalo que não vai se resolver só com uma política de saúde. Uma política intersetorial como essa que nós estamos discutindo aqui é que poderá resolver.

2. PROPOSTA DE PORTARIA INTERMINISTERIAL DE INTERSETORIALIDADE

A proposta de uma portaria interministerial de intersetorialidade, sobre a qual eu conversava com alguns companheiros do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e que precisamos discutir com o

Ministério da Educação (MEC) foi iniciada na gestão passada. Uma portaria que diga que o SUS, SUAS e o Sistema de Educação, precisam se articular a nível local, com os seus respectivos profissionais da Atenção Básica de Saúde, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), da Creche, da Escola, passando a se sentar periodicamente para articular projetos de intervenção, projetos terapêuticos conjuntos para lidar com as famílias vulneráveis, que são as mesmas que são trabalhadas por todos. Todos têm o direito e o dever de se sentar periodicamente para discutir os casos das famílias mais complexas. Os problemas das famílias são muito complexos. Eles precisam da atuação intersetorial.

O contexto nacional também é muito favorável, com a discussão do Marco Legal da Primeira Infância (Projeto de Lei nº 6.998/2013), com o apoio do Governo Federal à aprovação deste Marco. Também há várias outras iniciativas em curso, como um edital para financiamento de pesquisa em desenvolvimento infantil, financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates em parceria com o Ministério da Saúde. Está havendo um aprimoramento dos indicadores para monitoramento do desenvolvimento infantil nos sistemas de informação do SUS, entre outros.

Em relação ao substitutivo do Projeto de Lei nº 6.998/2013, que esperamos que o Senado agora venha a aprovar, nós entendemos que o art. 14, que cita como uma estratégia o trabalho com o empoderamento das famílias, como o apoio das políticas públicas às famílias, em particular com o uso de visitas domiciliares, está totalmente de acordo com essa proposta que o Ministério da Saúde está fomentando em vários municípios do país, como Fortaleza, São Paulo e de estados da Amazônia.

Nós temos evidências importantes que embasam nossa opção por trabalhar com a Equipe de Atenção Básica e os Agentes de Saúde como atores principais para o desenvolvimento das ações de promoção do DPI. Por exemplo, uma publicação numa das revistas científicas de maior importância no mundo, na *The Lancet* de 2013¹⁶, mostrando a associação sinérgica do Bolsa Família com o Atenção Básica do SUS como o principal fator de redução da mortalidade infantil no Brasil, uma das principais explicações de como nós estamos conseguindo isso.

Também há evidências da eficácia do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que também estão nos inspirando nesse trabalho. É importantíssimo dizer que nós estamos usando como referencial metodológico o *Programa Primeira Infância Melhor* (PIM) (vide artigo à pág....), o qual, por sua vez, inspirou-se em outras experiências como o *Educa a Tu Hijo*, de Cuba, e há também o *Chile Crece Contigo*, a experiência importantíssima americana do *Nurse Family Partnership*, usando enfermeiros como visitantes, como nós agora queremos usar os agentes comunitários de saúde (vide artigo à pág.....).

Em Fortaleza, nós estamos desenvolvendo uma experiência muito importante. Tanto lá como em São Paulo há o respeito à cultura local (vide artigos às páginas....). No caso de Fortaleza, houve o respeito ao trabalho que a ONG IPREDE vinha desenvolvendo, o que permitiu um casamento da metodologia do PIM adaptada que estamos ofertando pelo Ministério, com a metodologia MISC (*More Intelligent and Sensitive Child*), que traz uma cara cearense, uma cara de Fortaleza para o projeto.

Temos evidências científicas de cortes internacionais que vêm acompanhando o que aconteceu com crianças cujas famílias foram objeto desse cuidado, desse fomento do vínculo mãe/bebê e do fomento do cuidado da família com essas crianças. E o resultado é que na adolescência há uma diminuição de situações de violência, do uso de drogas e de problemas com a Justiça entre adolescentes que foram objeto de políticas desse tipo na primeira infância.

16 Rasella, D.; Aquino, R.; Santos, C.A.T.; Paes-Sousa, R.; Barreto, M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nation wide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, 382 (9886), 2013, pp. 57-64.

3. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

São princípios norteadores da metodologia de trabalho do Ministério da Saúde: a inserção desse trabalho na Atenção Básica/Equipe de Saúde da Família; o trabalho articulado no território com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região; a Creche; a Escola, com fortalecimento do Programa Saúde na Escola; o Agente de Saúde como ponta de lança desse processo dentro dos domicílios.

Mas nós não podemos nos esquecer de que temos uma Equipe de Saúde da Família com médico, com enfermeiro, com dentista, com técnicos de enfermagem, temos o apoio de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais de saúde mental – psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional. E é essa retaguarda, em especial pelo enfermeiro, que vai supervisionar esses Agentes no seu trabalho de visitas domiciliares às famílias vulneráveis, com grávidas ou crianças pequenas, que nos deixa otimistas com a potência deste trabalho.

Em Fortaleza, temos enfatizado, nos módulos de capacitação, a importância do papel dos enfermeiros como supervisores para dar esse suporte que o Agente de Saúde precisa.

Outro princípio é a periodicidade das visitas domiciliares, se possível semanal, mas, em muitos locais, nós vamos ter que usar um escore de risco para definir qual é a periodicidade adequada. Nem todas as famílias necessitam de visitas semanais, podem ser quinzenais, mensais.

Por exemplo, o fato de a criança simplesmente estar em uma família pobre não necessariamente indica que ela vai precisar de uma supervisão tão intensiva, de um apoio tão intensivo. Daí a ideia de usarmos um escore que classifique os riscos biopsicossociais, que leve em conta se a criança nasceu prematura, se a criança tem deficiência, que considere as condições psicossociais, se essa mãe é uma usuária de drogas, se essa mãe está deprimida, entre outros indicadores de risco e vulnerabilidade.

É esse olhar diferenciado, personalizado, que a Equipe de Saúde da Família vai precisar ter, para a seleção das famílias que precisam desse apoio e que vão demandar esse suporte mais intensivo do Agente de Saúde. Mais um princípio é a garantia de educação permanente para esses Agentes e para as Enfermeiras e Equipes de Saúde da Família. Isso é fundamental!

E o trabalho, como o Primeira Infância Melhor (PIM) nos inspira, é muito focado no apoio às famílias, no fomento ao vínculo. A experiência de Fortaleza é uma das mais avançadas — nós já estamos desenvolvendo há dois anos — e já está com a primeira turma de agentes de saúde e enfermeiros, que foram formados em serviço. Estamos indo agora para capacitação da terceira turma. Quer dizer, estamos avançando rapidamente, que é o que precisamos e esperamos.

Em São Paulo, o projeto está em andamento, com ações de grande importância e forte apoio do governo local, a partir do Programa São Paulo Carinhosa, que está com regiões prioritárias em todas as suas grandes macrorregiões e trabalha com 88 unidades básicas, aproximadamente 61 famílias. Houve atraso no repasse dos recursos, muito por responsabilidade do Ministério da Saúde, mas esperamos acelerar rapidamente.

Nós também temos trabalhado com Municípios do Estado de São Paulo. Esses Municípios já recebem um recurso do Ministério da Saúde para o enfrentamento da desnutrição, e nós aproveitamos a oportunidade para trabalhar com um enfoque mais integral em torno do desenvolvimento da primeira infância.

E há o trabalho em Municípios da Amazônia, com altos índices de desnutrição, trabalho que nasceu a partir de uma política do Ministério de capacitar as Equipes de Saúde para enfrentamento da desnutrição, mas

que foi incrementado com a promoção do desenvolvimento na primeira infância. Nos Municípios da Amazônia envolvidos com altas taxas de desnutrição, temos 30 Municípios do Acre, Amazonas, Rondônia, Roraima.

O programa de Fortaleza, que ganhou o criativo nome de *Cresça com seu Filho*, está trabalhando com duas regionais de saúde eleitas como prioritárias e apoiando cerca de 9.290 famílias, trazendo esse suporte da política que desejamos (vide artigo à pág...).

Uma condição que exigimos, assim como acontece no PIM e como temos trabalhado em Fortaleza e em todos os Municípios que querem se envolver, é a criação pelo Município de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), que envolva pelo menos as Secretarias de Saúde, de Educação e de Assistência. Sem isso, o Ministério da Saúde não apoia a experiência. A intersetorialidade é um requisito.

A ideia desse grupo de trabalho intersetorial envolvendo as políticas públicas é elaborar um plano de ação. Então, nesses Municípios da Amazônia, o primeiro passo é elaborar um plano de ação para a primeira infância, muito semelhante ao *Plano Municipal pela Primeira Infância*, inspirado na ideia que o *Plano Nacional pela Primeira Infância* nos traz, com esse caráter intersetorial também, para subsidiar o trabalho que vai acontecer na Saúde.

É fundamental dizer que o Ministério da Saúde é um ativador desses processos e que quem os executa são os Municípios e os Estados. E é importante salientar aqui o forte apoio que nós temos da sociedade civil, por meio da Fundação holandesa Bernard van Leer, da Fundação Amazonas Sustentável e do Instituto para Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS) – no caso do trabalho na Amazônia, da Fundação Marília Cecília Souto Vidigal, em São Paulo, etc.

É importante ressaltar que esse trabalho, que começa apoiado por uma iniciativa do Ministério, com o suporte de parcerias intersetoriais, ONGs e fundações, está inspirando, dando suporte, para que o Estado do Amazonas tenha encaminhado à Assembleia Legislativa uma proposta, um projeto de lei, para a criação de uma política pública da primeira infância no Amazonas. De forma semelhante, São Paulo está permitindo que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo — superadas as diferenças partidárias, de uma forma muito republicana — estejam planejando, conjuntamente, uma política pública para a primeira infância do Estado de São Paulo.

É fundamental que a gente aproveite o que a Rede Nacional Primeira Infância conquistou com a promulgação, junto com o Governo, do *Plano Nacional da Primeira Infância*, que já está acontecendo em muitos Municípios, em centenas de Municípios no Brasil. Eu não acredito em políticas públicas que não tenham participação da sociedade, do terceiro setor. Eu acho que a gente tem a facilidade de termos a Rede Nacional Primeira Infância, um plano nacional que está sendo implementado em muitos Municípios. A gente precisa articular mais fortemente as nossas políticas públicas com a Rede Nacional Primeira Infância e com o Plano Nacional pela Primeira Infância.

Esse trabalho, que começa com pequenas experiências, experiências incipientes, está começando a ganhar corpo e a seduzir os nossos gestores com um trabalho mais sustentado. Então, é esse trabalho que nós estamos desenvolvendo, lidando com toda a situação especial da geografia amazônica, dos Municípios ribeirinhos, com a população indígena — felizmente, nós estamos podendo alcançá-la com esse trabalho, para tentar diminuir a sua situação de iniquidade do ponto de vista de saúde e das outras políticas.

No trabalho com os municípios da Amazônia, que têm alto nível de desnutrição, em 70% deles há participação da *Saúde Indígena*. E 78% deles estão trabalhando mesmo após a interrupção do nosso trabalho. Desses Municípios, 90% elaboraram planos de ação e 100% discutiram e validaram esses planos nos Conselhos Municipais de Saúde.

Tivemos uma participação da sociedade civil — Pastoral da Criança, Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Ministério Público, Universidades. Outro parceiro essencial desse projeto, desse trabalho, foram as universidades. Então, no Acre, é com felicidade que estamos vendo a Universidade Federal do Acre se envolvendo e também nos ajudando a planejar e a, futuramente, apoiar uma política pública para o Acre.

No Amazonas, a Universidade do Estado do Amazonas também tem uma parceria com a Secretaria de Estado e está nos apoiando. Isso vai dar sustentabilidade a esse projeto, o que permite que isso transcenda mudanças de gestão. Isso tem transcendido para outros campos nesses Municípios, com iniciativas não esperadas, como, por exemplo, o trabalho com geração de renda e com o fomento à produção de hortas comunitárias.

A hora em que começamos a ir para o território, a trabalhar de forma intersetorial, muita coisa vai sendo gerada. No trabalho com os Municípios do Amazonas, capacitamos 1.162 profissionais, em especial, agentes de saúde, profissionais da Atenção Básica, mas também profissionais de outras Secretarias.

3.1. Atenção ao Parto e ao Nascimento: Rede Cegonha

Queremos trazer mais qualidade para o momento do parto e nascimento no Brasil, que é um desafio da *Rede Cegonha*. Isso é fundamental. É um desafio cultural enfrentar a epidemia de cesáreas que assola o País, a epidemia de atos sem evidências, sem base científica que ainda são feitos nas nossas maternidades, com as nossas mulheres e crianças. Para isso, foi uma grande contribuição o Relatório do Deputado João Ananias, junto à Comissão de Parlamentares da América Latina envolvidos com a proteção da Saúde Materna e Infantil. Para lidar com questões culturais, não conseguimos obter sucesso com portarias ou legislações que não sejam baseadas numa grande articulação política.

4. CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – PASSAPORTE DA CIDADANIA

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) concebida para além da coleta de dados é um documento individual para acompanhar a criança na atenção à saúde (crescimento e desenvolvimento) do nascimento até os nove anos. É um verdadeiro passaporte da cidadania e deve acompanhar a criança em todas as consultas. Ao sair da maternidade (pública ou privada), toda criança deve estar de posse da CSC com as informações sobre o seu nascimento e os devidos encaminhamentos preenchidos. A partir dos dez anos a caderneta a ser utilizada é a do adolescente.

Seu conteúdo inclui informações indispensáveis para apoiar a mãe/pai/cuidador no cuidado de sua criança, como orientações sobre os primeiros cuidados com o bebê, aleitamento materno e alimentação complementar, vacinas, etc. Além disso, possui espaços para registro de informações por parte dos profissionais de saúde, relacionadas à história obstétrica e neonatal (dados de parto/nascimento e primeiros dias na Maternidade), crescimento (curvas de evolução de peso e altura), desenvolvimento (alcance pela criança do marcos de desenvolvimento motor, sociolinguístico e outros, esperados para cada idade), vacinas, etc.

Também fazem parte do seu conteúdo, direitos dos pais e das crianças, sinais de perigos à saúde, informações sobre os cuidados dispensados pela família para o desenvolvimento saudável na primeira infância e orientações para a promoção da saúde e prevenção de acidentes e violência doméstica.

No componente do desenvolvimento na primeira infância, consta na caderneta um instrumento denominado “marcos do desenvolvimento” que possibilita ao profissional acompanhar mês a mês o desempenho afetivo, psicomotor e emocional da criança. Para os pais/cuidadores, além desses marcos, também é ofertado

um conjunto de orientações para a prática do diálogo afetivo na convivência com a criança. Vale ressaltar que a observação contínua de quem cuida é muito importante e subsidia/complementa a avaliação pelo profissional no momento da consulta.

Por ser um documento que permite registrar os fatos mais significativos da saúde infantil, agrega o potencial de facilitar a comunicação entre os profissionais inter e intra-serviços e de favorecer o diálogo com a família, que se sente fortalecida, uma vez que o seu conteúdo oportuniza reconhecer os direitos sociais advindos da maternidade/paternidade e identificar os deveres no cuidado com a saúde da criança.

No conjunto histórico das versões da primeira Caderneta de Vacinação de 1970, para registro apenas das vacinas, até a Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania 2015, o processo evolutivo foi muito além do visual. Seu conteúdo foi acrescido de assuntos indispensáveis para nortear o cuidado para a saúde integral da criança.

A próxima versão da Caderneta, ainda em construção, trará mudanças importantes. A primeira delas é a ampliação de seu escopo, incluindo informações sobre a assistência social e educação, fato esse que legitima a mudança do nome de Caderneta de Saúde da Criança para Caderneta da Criança. A segunda alteração diz respeito à divisão do conteúdo, o documento, que antes conjugava informações para mães/cuidadores e profissionais de saúde, agora se apresenta em publicações diferentes: A Caderneta da Criança-CC e o Manual do Profissional. Temas como consumo e exposição sem limites à televisão e outras tecnologias também serão contemplados no seu conteúdo.

A Caderneta de Saúde da Criança é distribuída nas maternidades públicas e privadas para garantir a cada criança nascida em território brasileiro um documento que comporte informações sobre a sua saúde. O cálculo para distribuição baseia-se nos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) para todos os municípios do país. Seu uso adequado é importante para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde.

A CSC é, portanto, um instrumento de prática de atenção à criança em linhas de cuidado que favorece a todos: para os profissionais da atenção básica, é um rico instrumento de acompanhamento integral à saúde da criança; para os gestores, constitui um efetivo dispositivo técnico que possibilita seguir os indicadores de saúde da criança que é atendida no Sistema Único de Saúde (SUS); para as mães, a Caderneta é um material de fácil manuseio que permite ter acesso a informações de primeira necessidade sobre o crescimento e desenvolvimento, inclusive sócio afetivo de seus filhos; e para a criança, protagonista do processo, a posse desta é mais que a expressão de cidadania, é a concretização da conquista de seus direitos.

5. OUTROS DESAFIOS

Não sei se já é de conhecimento geral, mas hoje há mais de 500 crianças no Brasil crescendo em prisões com suas mães privadas de liberdade. Alguns países garantem à mulher grávida, ou com criança na primeira infância, se for presa e o crime não for de alta periculosidade, poder cumprir a pena em prisão domiciliar¹⁷. Nós não podemos continuar punindo a geração seguinte dessas pessoas que cometem crimes, com essa situação que está se dando com mais de 500 crianças brasileiras crescendo dentro de prisões junto com as mães. Então, eu acho que essa seria uma iniciativa de alto impacto. Nós não estaríamos inovando. Há outros países que fazem isso. A Argentina já faz isso, e é de grande importância.

17 Em relação a este desafio, o PL 6.998/2013 propõe o artigo de lei nr. 41. Ver neste volume artigo de autoria de Bruno César da Silva, à pág....xx: "A prisão domiciliar como a melhor forma de garantir os direitos dos filhos de mães presas no período da Primeira Infância".

Por último, há a iniciativa de proteger a nossa infância dos meios de comunicação, do ponto de vista do comércio, da mercantilização. O CONANDA deu exemplo, recentemente, com uma resolução, tentando proteger nossa infância do consumo, da propaganda voltada à infância. É preciso também protegê-las da erotização e da violência. Nós temos que vencer isso.

Ninguém é ingênuo de não saber dos *lobbies* poderosos que se terá que enfrentar para isso. O grupo de Parlamentares em favor da Primeira Infância não vai ter sucesso se não contar com o apoio da sociedade, com o apoio de cada um de nós. É para essa convocatória que eu conclamaría a cada um dos senhores como cidadãos, como representantes da sociedade civil, de organismos públicos e privados. Temos de nos juntar a esta Frente Parlamentar da Primeira Infância.

Então, eu queria encerrar reconhecendo que estamos em um momento histórico, em que o nosso Parlamento toma para si a incumbência de fazer a sua parte, do ponto de vista do arcabouço legislativo de proteção à primeira infância. É uma satisfação do Ministério da Saúde estar com os senhores construindo políticas públicas que sejam alternativas para que crianças e adolescentes tenham um desenvolvimento pleno, e que não precisemos ter projetos como o da diminuição da maioria penal.

6. SITES INDICADOS:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO COMO ESTRATÉGIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM NA PROMOÇÃO DA PATERNIDADE E CUIDADO

Michelle Leite da Silva

Psicóloga, Especialista em Psicoterapia de Crianças e Adolescentes de Base Analítica, Acupunturista, Coordenadora Adjunta Nacional da Saúde do Homem/Ministério da Saúde

Angelita Herrmann

Nutricionista, Vice-presidente do COSEMS/RS (2010-2015), Coordenadora Nacional de Saúde do Homem no Ministério da Saúde.

Cícero Ayrton Brito Sampaio

Enfermeiro, Especialista em Saúde Coletiva, Saúde da Família, Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde no SUS e Gestão da Clínica; Técnico na Coordenação Nacional de Saúde do Homem

Juliano Mattos Rodrigues

Pós-graduado em Gestão Pública na Saúde pela Universidade de Brasília; Analista Técnico de Políticas Sociais na Coordenação Nacional de Saúde do Homem

Renata Gomes Soares

Psicóloga, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Técnica da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da rede SUS, com qualidade. Levando em consideração a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e para favorecer melhores condições de saúde desta população.

A PNAISH enfatiza a necessidade de mudar a percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde, e a saúde daqueles que fazem parte de seu círculo de relações, sobretudo pelo diagnóstico de que é mais comum que a população masculina acesse o sistema de saúde por meio da média e alta complexidade, com as doenças e agravos já instalados e, muitas vezes, de forma grave, o que resulta em maior sofrimento ao usuário e sua família, menor resolubilidade e maior custo para o sistema de saúde.

A diretriz básica é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de estados e municípios, conforme preconizado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Como desafio fundamental para a realização deste projeto político, faz-se necessário atender às necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, visibilizando e integrando a especificidade das necessidades das populações masculinas por meio da interlocução ativa com as demais políticas existentes na lógica da RAS, preconizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema universal, integral e equânime.

Para tal, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), do Ministério da Saúde (MS), responsável pela condução da PNAISH, tem desenvolvido diferentes ações, como campanhas, elaboração de materiais educativos, seminários e capacitações voltadas para a organização dos serviços, além da sensibilização de homens e de gestores(as) e da qualificação de profissionais de saúde sobre o tema.

A PNAISH possui cinco eixos prioritários que norteiam suas principais ações técnicas e políticas no âmbito da gestão:

I) Acesso e acolhimento: tema de grande relevância nos serviços de saúde como um todo, sobretudo no que tange à população masculina, haja vista que indicadores demonstram que há uma baixa procura e/ou adesão deste segmento às Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como uma falta de planejamento estratégico por parte dos trabalhadores de saúde destas UBS para sensibilizá-los e captá-los, fazendo com que os homens adentrem o sistema de saúde muitas vezes por meio de procedimentos especializados, de média e alta complexidade.

Esse eixo norteia-se para a formulação de estratégias que incentivem a realização de exames preventivos, a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis e a promoção da saúde, por meio da realização de ações voltadas para a educação em saúde que sejam capazes de propiciar mudanças na ambiência física dos serviços e de comportamento nos trabalhadores, na comunidade e nos usuários, considerando as peculiaridades sociais, econômicas, regionais e culturais deste público.

II) Saúde sexual e reprodutiva: tema que diz respeito ao direito e à vontade do indivíduo de planejar a constituição ou não da sua família, aumentando-a, limitando-a ou evitando a sua prole. É direito humano de homens e mulheres planejar o nascimento dos seus filhos de forma assistida pelo Estado.

Dentre outros assuntos, esse eixo aborda as questões que versam sobre a sexualidade masculina no campo psicológico, biológico e emocional, apresentando grande transversalidade com a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente e com as questões relacionadas às IST/Aids e aos Direitos Humanos.

III) Paternidade e cuidado: tema relacionado ao engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, trazendo como possibilidade real a todos os envolvidos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. Esse campo de atuação oferece inúmeros benefícios no que tange à educação permanente em saúde, principalmente a valorização de modelos masculinos positivos que inspiram capacidade de ouvir, negociar e cooperar, pautados no respeito, tolerância, autocontrole e cuidado.

Outro ponto importante é a estratégia do *Pré-Natal do Parceiro*, que visa, por um lado, colaborar para o exercício da paternidade ativa e por outro, integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina, tais como HIV, sífilis, hepatites, hiper-

tensão e diabetes, atualizem sua carteira de vacinação, participem das atividades educativas, esclareçam suas dúvidas e se preparem para o exercício da paternidade ativa e consciente.

IV) Prevenção de violências e acidentes: esse eixo diz respeito, sobretudo, às ações voltadas para a redução da morbimortalidade por acidentes de transporte, acidentes de trabalho, violência urbana, violência doméstica e familiar e suicídio. Os homens, especialmente os jovens negros de camadas empobrecidas, são os mais vulneráveis à violência, sendo vítimas em mais de 90% dos homicídios ocorridos no Brasil, com exceção da violência sexual e das violências que ocorrem no âmbito doméstico e familiar, quando o homem é o maior autor.

Nesse contexto, um importante desafio assumido pela PNAISH é somar suas ações às de outras coordenações e setores organizados do Governo Federal, relacionados à vigilância em saúde e justiça e transportes, entre outros, que abordem a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de situações de violência e acidentes em todos os níveis de atenção, principalmente nos serviços ofertados pelas equipes da Atenção Básica em Saúde.

V) Doenças prevalentes na população masculina: tema que se refere, dentre outros aspectos, à prevenção e promoção da saúde junto aos segmentos masculinos por meio de ações educativas, organização dos serviços e capacitação dos trabalhadores da saúde, além da formulação de políticas para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de outras enfermidades mais comuns dessa população.

No Brasil, as DCNT correspondem a cerca de 70% das causas de mortes que atingem as camadas mais pobres e os grupos mais vulneráveis. Como determinantes sociais são apontadas as desigualdades sociais, diferenças relacionadas ao acesso dos bens e serviços, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso de substâncias psicotrópicas, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

Os homens apresentam mais fatores comportamentais de risco do que as mulheres, o que determina maior morbimortalidade por doenças crônicas. A partir dessa perspectiva, a PNAISH tem buscado elaborar e executar um amplo projeto que fortaleça e dissemine seus preceitos e diretrizes, evidenciando os fatores de risco e proteção e a influência das questões de gênero no adoecimento por doenças crônicas.

Vale ressaltar que a escolha destes temas não exclui os demais assuntos relativos à saúde do homem, que também são trabalhados de forma transversal, trazendo mais integralidade à ação política do MS.

Nesse artigo iremos nos deter ao eixo temático da *Paternidade e Cuidado*, tendo como estratégia principal o *Pré-natal do Parceiro* e sua contribuição no exercício da paternidade ativa e consciente.

2. EXERCÍCIO DA PATERNIDADE ATIVA E CONSCIENTE

De acordo com Cavalcante (2007), ao longo da história, é possível perceber que a vivência da maternidade foi um domínio exclusivo das mulheres. Pode-se verificar isso principalmente no momento em que ocorria o parto, no qual os homens ficavam fora da casa e dentro dela ficavam as parteiras juntamente com a mulher, auxiliando no processo parturitivo. Ao homem cabia apenas esperar para ser chamado caso ocorresse alguma eventualidade ou ao escutar o choro da criança, o que indicaria que tudo ocorreria bem. Percebemos com isso que, apesar da restrição quanto à participação do homem no processo de gravidez e parto de suas esposas, os homens estavam, mesmo que um pouco distantes, atuando como provedores no que fosse necessário e permitido.

A participação do homem no planejamento reprodutivo é um direito instituído pela Lei Federal nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar, que descreve um conjunto de ações de regulação da fecundidade e garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Isso quer dizer, de maneira simples e direta, que os homens também têm todo direito a participar da escolha e do melhor momento para ser pai. Contudo, a grande parcela dos brasileiros ainda desconhecem seus direitos a participar do período gestacional, do trabalho de parto e do puerpério de suas companheiras.

A espera de um filho ou filha é um acontecimento único, vivido intensamente por homens e mulheres. A participação durante o planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança, sendo o pai biológico ou não, pode trazer benefícios à mulher, à criança e ao próprio pai.

Os pais devem conhecer e exigir seus direitos durante todo este processo. Vale destacar o direito à licença paternidade (Constituição Federal/88 em seu art. 7º, XIX, e art. 10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT), garantindo ao homem faltar cinco dias de trabalho sem implicações trabalhistas. Nesse período, o pai deve estimular o aleitamento materno e apoiar a sua parceira, compartilhando os prazeres e os afazeres relacionados à chegada de um bebê. São atitudes como estas que podem gerar vínculos afetivos saudáveis e maior qualidade de vida para todos.

Atualmente, diversos projetos de lei tramitam no Congresso Nacional com a intenção de aumentar o período desta licença:

15 dias: PL nº 3.935/2008; PL nº 471/2013 e PL nº 6.998/2013 (Projeto de Lei da Primeira Infância);

30 dias: PL nº 4.853/2009; PL nº 879/2011 e PL 901/2011;

60 dias: PL nº 60/2012 (casos com mãe impedida de cuidar do recém-nascido);

Licença Parental: PL nº 6.753/2010;

6 meses: PL nº 3.212/2012 (casos de invalidez temporária, permanente ou óbito da mãe).

Algumas localidades já publicaram legislações municipais ampliando esse período. Em Manaus (AM) e Florianópolis (SC) são 15 dias; em Porto Alegre (RS) e Cuiabá (MT), 10 dias; e em Niterói (RJ) são 30 dias.

3. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A busca reduzida por serviços de saúde pelo público masculino e a própria relação masculina com o autocuidado têm uma analogia direta com os modelos de masculinidade que não consideram a saúde como um tema de enfoque prioritário (GOMES, 2012). Outro fator que afasta os homens dos serviços de saúde diz respeito à ambiência dos serviços que, na maioria das vezes, não são acolhedores. E, por fim, um terceiro fator que contribui para esse cenário é a necessidade de liberação dos homens de suas atividades laborais para buscarem essa assistência, pois muitas vezes isto não é compreendido por parte dos empregadores como uma necessidade.

A Organização Mundial da Saúde enfatiza que na atenção primária os cuidados nos atendimentos de pré-natal e perinatal devem estar centrados não somente na mulher, mas também na família, incluindo o olhar para os filhos e para o casal (BRASIL, 2005a). Assim, é importante que o profissional de saúde esteja atento, promovendo a participação do homem na assistência pré-natal, motivando, juntamente com a sua companheira, o envolvimento no processo gestacional, no parto e no puerpério. Para isso, é importante participar das consultas de pré-natal para saber o que é esperado de um acompanhante, quais são os seus direitos e como aproveitar ao máximo essa experiência intensa e transformadora.

Dessa forma, a PNAISH entende que o momento da realização do pré-natal é uma porta de entrada positiva para que os homens possam acessar os serviços de saúde, sendo uma oportunidade para exercer o autocuidado e desenvolver o exercício da paternidade ativa e consciente.

Nesse âmbito, os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento das consultas pré-natais na atenção básica. Portanto, devem favorecer o acolhimento do pai na unidade de saúde, proporcionando condições para que ele interaja junto com a gestante no processo gravídico, seja através de consulta individual de pré-natal ou participação nas reuniões grupais. Compreendendo que a participação paterna durante a gestação representa proteção e cuidado para a gestante, ambos se sentirão fortes ao estabelecer laços de apoio e solidariedade, pois o relacionamento se estrutura melhor quando o homem e a mulher partilham os momentos da gravidez e do parto (FERREIRA *et al.*, 2014).

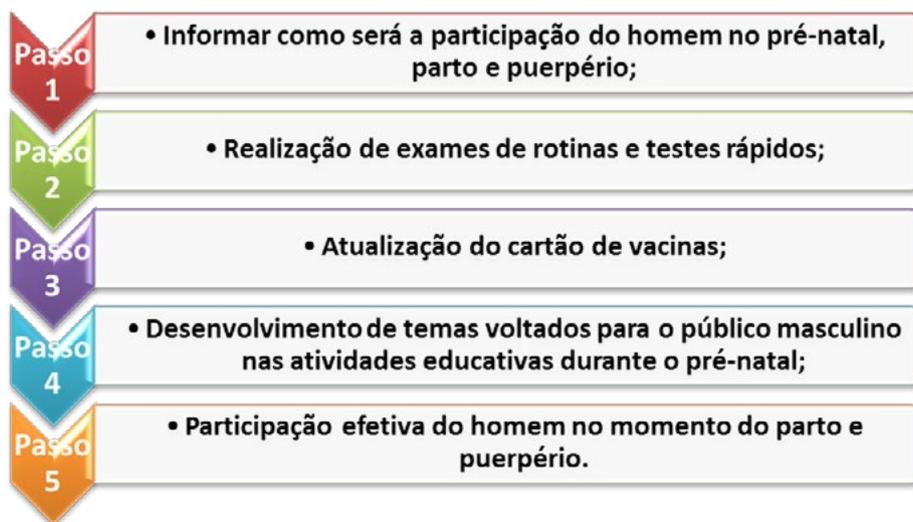
Para o desenvolvimento do Pré-Natal do Parceiro é proposto o fluxo a seguir:



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde do Homem – CNSH/DAPES/SAS/MS.

Para incentivar que estes pais engajem-se em todo processo, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo e implementando esta estratégia, que consiste em potencializar a presença de homens acompanhando suas parceiras nas consultas médicas periódicas e, assim, ofertar exames de rotina e testes rápidos, além de convidá-los para participar das atividades educativas voltadas para o tema nos serviços de saúde, aproveitando essa oportunidade para que possam se cuidar e se preparar para o exercício da paternidade com cuidado e compromisso.

Neste sentido, sugerimos que os seguintes passos sejam realizados, ressaltando que os atendimentos devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde do Homem – CNSH/DAPES/SAS/MS.

Importante lembrar que a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante de sua livre escolha – o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um(a) amigo(a), ou outra pessoa. Se ela preferir, pode também decidir não ter acompanhante.

A Lei do Acompanhante é válida para parto normal ou cesariana e a presença do(a) acompanhante (inclusive se este for adolescente) não pode ser impedida pelo hospital ou por qualquer membro da equipe de saúde, tampouco deve ser exigido que este tenha participado de alguma formação ou grupo.

Temos trabalhado, por um lado, para que os homens conversem com sua parceira e demonstrem a sua vontade de participar e, por outro, para que as mulheres escolham seus parceiros para também partilhar desse momento único de suas vidas!

Após a participação do pai/parceiro nessas etapas, ele deve ser estimulado a acompanhar e participar de todo o desenvolvimento da criança, com algumas ações e atitudes, como levar o filho(a) para consultas médicas,¹⁸ imunizações, participar dos cuidados de higiene, alimentação e bem-estar, participação da vida escolar, dentre outras.

4. EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

A estratégia do Pré-Natal do Parceiro vem sendo desenvolvida em várias cidades do Brasil, a saber:

São Paulo	50 municípios, incluindo a capital. Destaque para a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Centro de Referência e treinamento em DST/AIDS de São Paulo.
Maranhão	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e Hospital Materno Infantil, em São Luís.
Santa Catarina	Lages.

18 Previsto no PL nº 6.998/2013 (art. 27), alterando a CLT em seu art. 473: "(...) X – até dois dias para acompanhar consultas médicas e demais exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira; XI – um dia por ano para acompanhar filho de até seis anos em consulta médica" (NR).

Alagoas	Maceió.
Rio de Janeiro	<i>Unidades Parceiras do Pai</i> , experiência que visa engajar os homens no acompanhamento da gestação e parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, criando vínculos afetivos saudáveis e maior bem-estar para a família. Busca também envolver os homens em ações de prevenção e promoção de sua saúde.
Piauí	Teresina.
Goiás	Goiânia.
Bahia	Salvador.
Espirito Santo	Vila Velha.
Amazonas	Manaus.

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde do Homem – CNSH/DAPES/SAS/MS.

Os profissionais que atendem os homens no pré-natal relatam que, após esse momento, muitos homens estabelecem vínculo com a Unidade de Saúde e retornam para cuidar de sua saúde, prevenção e promoção de saúde, e neles é despertada a importância do autocuidado.

5. MATERIAL EDUCATIVO

Para sensibilizar homens, mulheres, profissionais de saúde e gestores e qualificar os atendimentos prestados nos estabelecimentos de saúde, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem desenvolveu uma série de materiais educativos que podem ser acessados através do endereço: <www.saude.gov.br/homem>. Além dessas peças publicitárias, a CNSH lançará o *Guia do Pré-Natal do Parceiro* para profissionais de saúde. Esse guia orientará o desenvolvimento dos passos do pré-natal com objetivo de acolher o pai/parceiro e realizar a avaliação do mesmo, além de orientar sobre o exercício da paternidade ativa e consciente, que favorece o estabelecimento e manutenção de vínculos familiares e afetivos mais saudáveis.

6. PATERNIDADE E PRIMEIRA INFÂNCIA

É na primeira infância, intervalo compreendido entre a concepção da criança até entrada da mesma na educação formal, que são desenvolvidas as estruturas sociais, afetivas e cognitivas. Dessa forma, é de suma importância que os pais estejam extremamente presentes nesse período do desenvolvimento dos seus filhos para favorecer e fortalecer o vínculo familiar e estimular o desenvolvimento infantil.

O pai deve participar ativamente, dividindo os cuidados com a mãe, por exemplo, dando banho, trocando fraldas, colocando para dormir, além do compartilhamento das tarefas domésticas. O pai também tem uma função extremamente importante no brincar com a criança, ensinar as regras, colocar limites, realizar a escuta do filho.

O apoio do pai é fundamental desde o planejamento reprodutivo até o desenvolvimento da criança, esse pai deve utilizar a licença-paternidade para promover o apoio e participar ativamente dos cuidados que envolvem a criança e família.

É importante salientar que o PL nº 6.998/2013, conhecido como Projeto de Lei da Primeira Infância, reforça alguns direitos e acrescenta outros que são fundamentais para favorecer o exercício da paternidade ativa e consciente. O primeiro deles é a extensão da licença-paternidade para 20 dias nos casos onde o pai

desenvolve suas atividades laborais em um estabelecimento vinculado ao Programa Empresa Cidadã, tendo como garantia ao empregado o direito à sua remuneração integral (art. 38 do PL nº 6.998/2013).

Nesse mesmo projeto, há a sugestão para que o pai tenha até dois dias para acompanhar consultas médicas e demais exames complementares durante o período de gravidez de sua parceira, além de um dia para acompanhar o filho de até seis anos em consulta médica. (Art.37 da PL 6.998/2013).

Ações como as citadas favorecem o exercício pleno da paternidade ativa e consciente e consequentemente a consolidação de vínculos afetivos mais saudáveis.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAVALCANTE, M. A. A. *A experiência do homem como acompanhante no cuidado pré-natal*. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2007.

FERREIRA, T. N. *et al.* A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres-MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Goiás, v. 5, n. 2, p. 337-345, 2014.

GOMES, R. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2.589-2.596, 2012.

PROGRAMAS DE SUPERAÇÃO DA POBREZA – INICIATIVAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

Marcelo Cabral

*Ex-Diretor do Programa Brasil Carinhoso
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS*

O Programa Brasil Carinhoso é uma iniciativa extremamente importante dentro do Plano Brasil Sem Miséria, que converge com a proposta do Marco Legal da Primeira Infância. É uma primeira experiência de coordenação de políticas públicas federais voltadas para um corte específico da faixa etária de 0 a 6 anos. Há muito a se avançar, no sentido de monitoramento, de integrar ações, de se conseguir chegar ao campo.

O Plano Brasil Sem Miséria foi formulado e lançado em 2011, e o Brasil Carinhoso em 2012, baseado no que Paulo Bonilha chamou de patrimônio de políticas públicas que temos, especialmente, as políticas sociais. Então, temos o Sistema Único de Saúde (SUS), universal e integral; o Sistema Único da Assistência Social, em construção e baseado no SUS; uma política educacional que ampliou enormemente os investimentos e os recursos repassados à educação infantil. Tudo isso elevou o País a outro patamar em termos de política social e de sociedade. Temos uma pobreza muito mais aliviada, em razão de a rede de proteção social subsidiar e suportar as famílias em situação de vulnerabilidade. Diante de um cenário como este, o Brasil Sem Miséria foi desenhado em três eixos: garantia de renda; inclusão produtiva; e acesso a serviços. E dentro dele há uma iniciativa extremamente importante para a primeira infância: o Brasil Carinhoso.

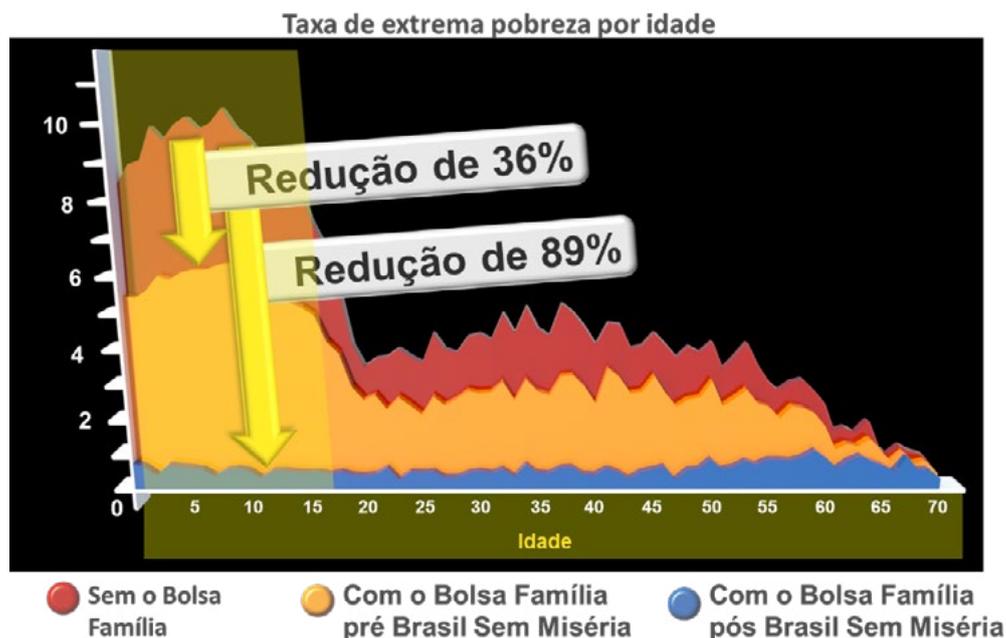
Por que o Brasil Carinhoso é parte do Brasil Sem Miséria? No entendimento que tivemos, quando do desenho do Brasil Sem Miséria e do Brasil Carinhoso, identificamos que um fator de risco fundamental para a primeira infância era a pobreza, especialmente a extrema pobreza. Em sua apresentação, o Prof. Jack Shonkoff enumerou os diversos fatores de risco, seja a violência familiar, a vulnerabilidade decorrente da falta de proteção e de acesso à educação infantil ou a um serviço de saúde de qualidade – além destes, entendemos que outro grande fator de risco, mais intenso, mais frequente, que gera outros obstáculos, é a pobreza, a extrema pobreza. O compromisso de trazer o Brasil Carinhoso para dentro do Brasil Sem Miséria levou o Governo Federal a atacar especificamente esse obstáculo, ou seja, a baixa renda e seus impactos adicionais. Por isso, apresentarei o Brasil Carinhoso em três aspectos, e vou começar pela renda, com as principais ações e os resultados que obtivemos.

Dialogando um pouco com o que o Prof. Ricardo Paes de Barros expõe, o que temos de base de informações importantes para tirarmos diagnósticos, planejar ações e monitorá-las? Hoje temos uma base sólida, construída nos últimos dez anos de Bolsa Família, que é o Cadastro Único para Programas Sociais, no qual estão registradas cerca de 25 milhões de famílias. Tecnicamente falando, são 290 variáveis para cada pessoa nesse cadastro. Então, temos mais de 80 milhões de pessoas cujas informações são atualizadas a cada dois

anos. Boa parte das crianças e das mães tem um acompanhamento de frequência escolar (quando a família tem crianças de idade acima de seis anos) e um acompanhamento de saúde na atenção pré-natal e na vacinação, além de medição de peso e altura. O uso do Cadastro Único no Brasil Sem Miséria foi fortalecido, e tem sido o pilar para a integração com outras políticas. Isso é algo que podemos usar de maneira mais efetiva para a educação infantil, que é o que temos tentado fazer, por exemplo, na integração do censo escolar; ou seja, captamos as matrículas de educação infantil e as cruzamos com os dados do Cadastro Único.

Vou citar um exemplo. Sabemos que a política habitacional do País é calcada no índice de *deficit* habitacional, calculado por amostragem pela Fundação João Pinheiro e o Ministério das Cidades. A gente replicou essa metodologia para calcular, dentro do cadastro, o *deficit* habitacional. Mas também podemos usar o cadastro, pelo número de variáveis que ele tem, para identificar a vulnerabilidade da primeira infância. Queremos abrir cada vez mais esse Cadastro Único, disponibilizar as fotografias e revelar como elas mudam ao longo do tempo, para que pesquisas possam ser feitas. É o que temos incrementado nos últimos anos. Ele difere de pesquisas nacionais, de pesquisas amostrais e, portanto, devemos ter cuidado ao usar o dado administrativo para pesquisa científica. No âmbito da gestão coordenada de políticas federais, temos encontrado diversos achados importantes no uso do Cadastro para fazer diagnóstico, planejamento e monitoramento de política pública.

Vejam, usando um gráfico parecido com o que o Prof. Ricardo Barros mostrou, fizemos, junto com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE), uma simulação de como seria a disparidade etária na extrema pobreza, em termos de proporção da população.



Esse gráfico mostra a proporção da população extremamente pobre no eixo vertical e a idade da população no eixo horizontal. Retiramos o Bolsa Família dessas famílias, como se elas não tivessem essa renda, e pudemos ver que a intensidade da extrema pobreza nas faixas etárias até 15 anos, especialmente, é gigantesca. Quando inserimos o Bolsa Família em seu formato tradicional, como ele era pago até 2011, a redução foi de 36% no total, com grande impacto na redução da extrema pobreza nas faixas etárias mais jovens, especialmente de até 15 anos.

O Brasil Sem Miséria realizou um ciclo de aperfeiçoamento do Bolsa Família desde 2011 até o pronunciamento da Presidenta Dilma do dia 1º de maio, com a intenção de aumentar o benefício médio das famílias mais pobres. Ou seja, dado que o programa é bem focalizado, buscamos incrementar a renda que chega às famílias mais pobres que já faziam parte do programa. Buscamos conseguir com que essas famílias superem o patamar de extrema pobreza, elevado agora para R\$77 *per capita* por mês; é lógico que temos grandes dificuldades para aceitar este patamar como adequado. Não é suficiente e queremos mais.

Com a conclusão do ciclo de aperfeiçoamento do Bolsa Família, a redução de incidência de extrema pobreza é gigantesca. Numa projeção dos dados do Ipea utilizando a PNAD 2013, teríamos conseguido terminar com a disparidade etária em termos de incidência de extrema pobreza, reduzindo o total da incidência em 89%. Os que estão ainda em azul são os chamamos “invisíveis”, que são aqueles que temos que fazer a busca ativa para que entrem no Cadastro Único e no Bolsa Família.

Nenhuma família do Bolsa Família ganha menos do que R\$70 reais *per capita* por mês. Essas que ganham menos, ainda estão fora do Bolsa Família. A partir do momento em que elas entram para o programa, conseguimos zerar o *gap* de extrema pobreza.

Fazer parte do Bolsa Família — e é o que quero mostrar rapidamente aqui — não representa só um incremento de renda, mas também um impacto positivo em outras áreas pertinentes ao desenvolvimento infantil. Por meio do *link* <http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/WEB_Programa-Bolsa-Familia-2.pdf> pode-se ter acesso à publicação de um trabalho sobre os 10 anos de Bolsa Família. Ele traz um conjunto de artigos, inclusive um deles publicado na *The Lancet*, ao qual Paulo Bonilha fez referência, produzindo evidências sobre o aumento de 50% do número de consultas pré-natais entre as famílias do Bolsa Família, quando comparadas com as que não fazem parte do programa.

Dentro do conjunto de famílias acompanhadas no Bolsa Família, 99% das crianças são vacinadas – esses dois últimos dados são do estudo feito pelo mesmo artigo publicado na *The Lancet*. Quanto à redução da mortalidade infantil, principalmente por causas evitáveis, quando juntamos a expansão do serviço de saúde, especialmente com a equipe de Saúde da Família, com a cobertura do Bolsa Família, verificamos que houve 46% de diminuição da mortalidade infantil por diarreia e 58% da mortalidade por desnutrição. Portanto, o impacto de uma família estar no Bolsa Família não é só na renda. O programa é igualmente importante quando falamos de condições necessárias ao desenvolvimento infantil. Estar no programa significa ter uma maior chance de desenvolvimento infantil integral e cumprir o potencial dessas crianças.

Outro achado, resultado de uma pesquisa desenvolvida pelo MDS e pelo Ministério da Saúde, foi uma significativa queda da desnutrição crônica, principalmente entre aquelas crianças que estão há algum tempo no Bolsa Família.¹⁹ Acompanhamos um grupo de famílias via Cadastro Único; por isso a sua importância, juntamente com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que é um sistema de monitoramento da saúde para acompanhamento de disfunções. Verificamos que a desnutrição crônica do grupo que foi acompanhado nesses quatro anos caiu significativamente. A taxa de desnutrição crônica, que era 17%, caiu para 8%. Então, estar no Bolsa Família, e estar durante algum tempo no programa, traz muitos benefícios para a saúde e também para a educação. Há uma outra tese com resultado semelhante em relação ao impacto da permanência de famílias sobre a educação.²⁰

19 Pesquisa intitulada “Avaliação da evolução temporal do estado nutricional das crianças de 0 a 5 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF), acompanhadas nas condicionalidades de saúde”, disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/noticias/arquivos/files/sumario_cadsisvan.pdf>.

20 SIMÕES, A. A. *The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil. 2012*. Dissertation (PhD in Education) – University of Sussex, 2012.

No entanto, o Brasil Carinhoso não se limita ao Bolsa Família e ao acompanhamento de disfunções. Em conjunto com o Ministério da Saúde, formulamos essa série de ações. Então, a primeira questão é contar com a expansão da rede de saúde e fazer com que essa expansão e distribuição das Unidades Básicas de Saúde, dos agentes comunitários de saúde, da equipe do programa Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família leve em conta o componente de pobreza. Portanto, quando os situarmos em nosso território, queremos que cheguem primeiro às áreas pobres.

Outra característica está identificada em um trabalho que vamos concluir em breve, pois estamos conseguindo georreferenciar o Cadastro Único, pelo menos em termos de setor censitário. Quem trabalha em município sabe que quem usa o Cadastro Único encontra erros de endereço. É difícil saber em qual parte do território ele está sendo bem ou mal utilizado. Trazendo isso para setor censitário – e já temos cerca de 70% do cadastro dessa forma –, conseguiremos olhar o bairro, olhar a incidência de vulnerabilidade pelo cadastro único naquela localidade específica, naquele conjunto de ruas.

Além disso, incrementamos e aumentamos a distribuição de vitamina A e suplemento de ferro nas Unidades Básicas de Saúde e a distribuição gratuita de medicamentos para asma, que é a segunda maior causa de internação no SUS para crianças de até seis anos. Já havia um desconto na rede da farmácia popular, mas agora é gratuito.

Expandimos também o Programa Saúde na Escola para as creches e escolas. O resultado foi enorme no ano passado. A cobertura indica que os serviços estão sendo prestados para quase um milhão de crianças. Dentro do Programa Saúde na Escola, neste ano de 2014, disponibilizamos um dos módulos, na verdade uma adesão, que está acabando agora no dia 15 de maio, que é adesão ao NutriSUS, um sachê polivitamínico para que a merenda contenha esses nutrientes. É uma ação do Saúde na Escola nas creches, especialmente em creches e na pré-escola, para que elas obtenham esse desenvolvimento. É uma ação de rápido impacto e baixo custo, e sem prejuízo; se for adicional, se a criança não precisa daquilo, não há prejuízo em tomar.

No caso da Educação, o Dr. Ricardo Paes de Barros explicou parte do que tínhamos de disparidade, em termos de matrícula em creches. Esse é o cenário do Brasil em geral: de acordo com o Censo de 2013, hoje temos 84% das crianças de 4 a 6 anos em pré-escolas. Sabemos que a cobertura já vinha num patamar alto. A dificuldade, dada a obrigatoriedade do ensino a partir dos quatro anos, é chegar aos 100%.

E essa é a evolução de creches, que cresce cerca de 9% a 10% ao ano. Hoje, 25% das crianças de 0 a 3 anos estão em creches no País. No diagnóstico do Brasil Carinhoso, em 2012, identificamos que esse percentual, entre as crianças que pertenciam aos 20% mais pobres, o que pode ser correlacionado às crianças do Bolsa Família, em vez de 25%, era cerca de 11%, 12%. Por isso nós desenhamos uma ação de suplementação para que o prefeito tenha um incentivo financeiro, ao incluir uma criança integrante do Bolsa Família quando haja a disponibilidade da vaga ou já haja uma criança matriculada, que seja do Bolsa Família – o prefeito recebe um recurso adicional que equivale a 50% do que ele recebe do FUNDEB por aquela criança. E o que acontece? Com o prefeito tendo um incentivo financeiro para manter as crianças do Bolsa Família matriculadas em suas creches, a expectativa que temos não é de trocar uma criança do Bolsa por outra do Bolsa, mas, dada a forte expansão tanto de construção de creches quanto de convênios da rede, que ele faça isso em bairros mais pobres, onde há maior incidência do Bolsa Família.

Isso também tem gerado uma série de compromissos dos prefeitos – aqui a Prefeitura de São Paulo está representada – de assumirem a prioridade para as crianças do Bolsa Família entrarem na creche. A Prefeitura de Belo Horizonte, por exemplo, tinha uma portaria que determinava que 70% das vagas de creches deveriam ser prioritariamente destinadas às famílias de baixa renda que estivessem em programas sociais. São Paulo fez

algo parecido: olhou a fila de creches, cruzou com o Cadastro Único, viu quem fazia parte do Bolsa Família, e definiu que essas crianças vão entrar antes na creche. Assim, os municípios acabam sendo motivados não só por um aspecto financeiro, mas entendendo que a necessidade de regular essa desigualdade de matrículas em creche entre crianças pobres e a média da população não pode mais existir. Isso tem de ser equalizado.

O montante de recursos tem crescido muito. A adesão dos municípios em 2012 e em 2013 foi voluntária. Em 2012, nós tínhamos 261 mil crianças do Bolsa Família em creche, segundo informações dos prefeitos; em 2013, 453 mil; e agora, em 2014 – com a melhoria do Censo Escolar, sabemos o nome de cada uma dessas crianças – são 580 mil crianças do Bolsa Família em creches. Isso significa que passamos de um patamar de 11% do total para 21% do total. Estamos revertendo essa curva de desigualdade graças ao trabalho dos municípios. Hoje, se consideramos que são 580 mil, no universo de crianças de até quatro anos, do Bolsa Família, vemos que já estamos em 17%. O diagnóstico que nós tínhamos com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e com base no próprio Cadastro Único apontava entre 11% e 12%; agora já estamos em 17%, e isso significa 21% das matrículas em geral. É um impacto rápido. Em dois anos, não conseguimos igualar isso à curva média, mas reduzimos muito essa desigualdade entre criança pobre e a média das crianças matriculadas em creches.

Além disso, entre as ações de educação, temos o aumento do valor da merenda escolar, que representou uma significativa melhoria na qualidade da alimentação das crianças. Temos também o pagamento prévio das matrículas pelo FUNDEB. Essa é uma questão técnica; às vezes, o prefeito abria uma vaga na creche, uma turma, e precisava esperar preencher o Censo Escolar lá na frente para poder receber no ano seguinte. A partir de agora, ele inscreve isso em um sistema à parte do Censo e recebe desde o início; pode-se adiantar até um ano e meio de recursos para o prefeito. Não posso deixar de mencionar a transferência de recursos para a aquisição de equipamentos de cozinha, o chamado Kit Creche, a partir do preenchimento no Plano de Ações Articuladas da Educação (PAR). Essa é uma ação que teve um repasse no ano passado, e o repasse de 2013 ainda está sendo feito este ano, mas também estrutura as creches para oferecerem uma alimentação adequada para as crianças.

Finalizando, digo que temos o grande desafio de garantir o desenvolvimento das crianças no Brasil, mas quanto às crianças mais pobres temos um desafio a mais. É papel do Estado, por meio do Brasil Carinhoso, na coordenação do programa, equalizar essas condições das crianças mais pobres à média da população e trabalhar com uma oferta de políticas públicas e de serviços integrados que chegue principalmente a esses mais pobres e que depois possa ser expandida para toda a população. Assim poderemos contribuir para a retirada de um dos grandes obstáculos do caminho do desenvolvimento infantil: a pobreza e seus efeitos desiguais.

Nós sabemos que o Brasil Carinhoso, nesse primeiro passo de integração com as políticas sociais do Governo Federal, ainda é um passo tímido frente ao desafio que temos, um desafio complexo, duradouro, enorme. Nós acreditamos que o Brasil Carinhoso é um primeiro passo em direção a termos um Plano Nacional da Primeira Infância. E o estabelecimento de um Marco Legislativo da Primeira Infância, assim como trabalharmos em uma rede de monitoramento é um dos passos seguintes para o enfrentamento desse enorme desafio que temos.

O DESAFIO DA INTERSETORIALIDADE: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME

Tiago Falcão

*Secretário Extraordinário para Superação da Extrema Pobreza
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) reconhece a relevância do Marco Legal da Primeira Infância e, por isso, esteve presente desde o primeiro Seminário Internacional, promovido pela Câmara dos Deputados. A Ministra Tereza Campello entende que essa temática tem que ser encarada como prioritária.

Nessa terceira edição, a programação do seminário apresentou uma inovação. O debate em torno do Projeto de Lei 6.998, de 2013, se deu em uma nova dimensão, priorizando as questões relativas à sua própria implementação. Um dos conceitos-base do Projeto de Lei, quando se refere à garantia do desenvolvimento pleno da primeira infância, é a atuação integrada das diversas áreas de governo. Remete, portanto, à necessidade de se compreender os desafios da intersetorialidade.

O tema da intersetorialidade no Marco Legal da Primeira Infância deve ser abordado a partir das experiências recentes de implementação de políticas sociais no Brasil, suas limitações e oportunidades, especialmente para os sistemas públicos universais.

O Projeto de Lei (PL) traz uma série de áreas prioritárias. À educação, à saúde e à assistência social, somam-se os temas relacionados a lazer, a cultura, a alimentação e nutrição, a convivência familiar e comunitária, a prevenção e proteção contra a violência. A diversidade de temas torna mais complexa a ação de formuladores de políticas públicas. No entanto, é na implementação que surgem as maiores barreiras ao sucesso. Considerando-se a estrutura federativa do Brasil, as responsabilidades de execução recaem muito fortemente sobre os 5.575 municípios e a enorme diversidade entre eles não pode ser esquecida. Os conceitos previstos no PL precisam chegar à ponta, respeitando essas especificidades, às lógicas de atuação e às reais possibilidades de atuação.

O Projeto de Lei da Primeira Infância soma-se a outros determinantes de política social. O Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Plano Nacional de Educação, a Política Nacional de Assistência Social, todos esses já buscam organizar suas ações em uma lógica integrada. Nesse sentido, serão apresentadas experiências de integração de políticas do Brasil, bem como serão discutidos desafios trazidos pela lógica de atuação integral prevista no PL 6.998/2013.

1. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Bolsa Família muitas vezes é considerado somente um programa de transferência direta de renda. Ele é sim um gigantesco programa de transferência de renda, que em 2015 está realizando transferências a 14 milhões de famílias, chegando a 50 milhões de pessoas, aproximadamente um quarto da população brasileira. No entanto, o Bolsa Família também combate a pobreza por meio de suas condicionalidades de saúde e de educação. Isso significa que existem responsabilidades tanto das famílias quanto do Estado com outras ações que não só a transferência de renda.

Na educação, há o acompanhamento da matrícula e da frequência das crianças na escola. Na saúde, deve-se realizar o pré-natal com no mínimo sete visitas ao posto de saúde e fazer o acompanhamento do desenvolvimento da criança no que se refere ao peso e à vacinação. O Bolsa Família, agora com doze anos, é um dos programas mais bem avaliados no mundo e alguns resultados que essa lógica das condicionalidades nos trouxe devem ser ressaltados.

Após doze anos de execução do Programa Bolsa Família, observa-se que 17 milhões de alunos (92% das crianças) são acompanhados mensalmente em sua frequência escolar; houve diminuição em 14% do índice de crianças que nasceram prematuras e com menor prevalência de baixo peso no nascer; 99% das crianças do Bolsa Família estão com a sua vacinação em dia.

Para um país com a dimensão e estrutura do Brasil, esses são resultados impactantes. Mas, além das condicionalidades, é possível identificar outros resultados muito importantes de combinação de políticas.

Em 2013, a Revista *The Lancet* publicou uma pesquisa que indicava que o Bolsa Família, associado à Estratégia da Saúde da Família, reduziu em 19% a mortalidade infantil. Ressalte-se, ainda, que houve diminuição de 46% da mortalidade infantil por diarreia e de 58% da mortalidade infantil por desnutrição. A combinação dessas duas políticas mostra como a integração de ações e programas traz resultados muito expressivos, acima do esperado para as políticas tratadas individualmente. Foi a partir dessa constatação que o Plano Brasil sem Miséria foi elaborado.

Nesse contexto, iniciou-se uma discussão entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o Ministério da Saúde para prever a ligação entre a Rede Cegonha²¹ e a instituição de benefícios que já estavam previstos na legislação do Bolsa Família, mas que ainda não haviam sido implementados: o benefício variável gestante e o benefício variável nutriz. Surpreendentemente, já no primeiro ano, com a combinação de melhores serviços da Rede Cegonha e com o benefício monetário de estímulo ao diagnóstico precoce da gravidez (identificação antes das 12 semanas de gestação), houve aumento de 57% na identificação antecipada, o que possibilitou acompanhamento da gravidez.

A partir dessa iniciativa, foi elaborada a Estratégia do Brasil Carinhoso, que também já apresentou resultados positivos.

2. BRASIL CARINHOSO E OUTROS PROGRAMAS

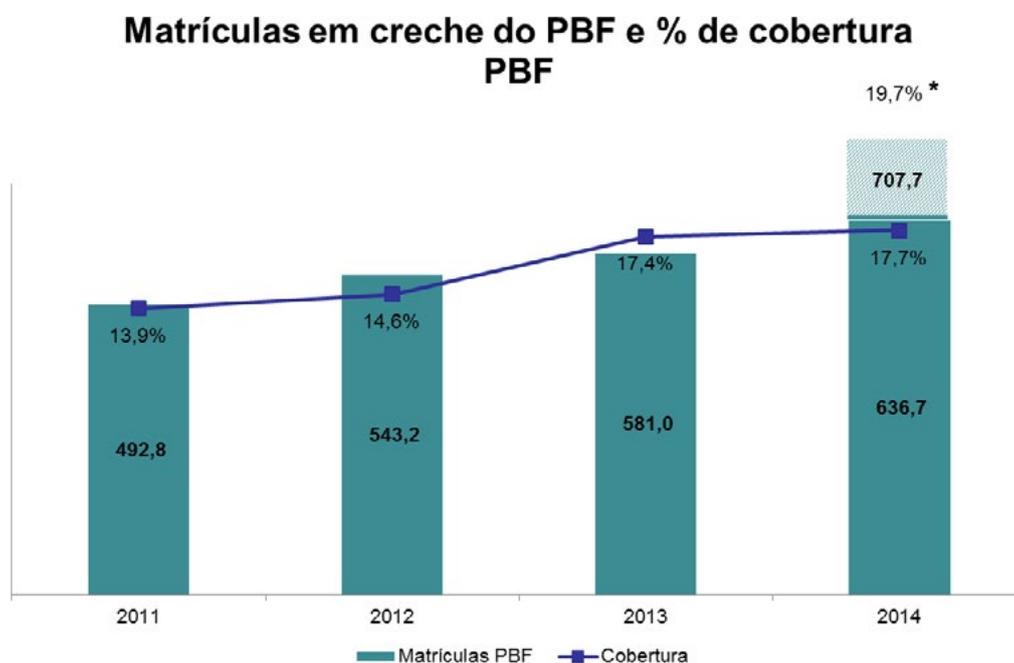
O Brasil Carinhoso pretendia aumentar a renda das famílias com crianças em sua composição, bem como reduzir a desigualdade no acesso à educação infantil. Para isso, foram estabelecidos benefícios adicionais dentro do Bolsa Família, o que fez com que 8,1 milhões de crianças e adolescentes superassem a extrema pobreza no país.

21 Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País.

O Brasil vem ampliando muito a cobertura em educação infantil, mas de maneira desigual. A Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) mostra que se consideramos os 20% mais ricos da população brasileira, há uma cobertura de 43% das crianças de 0 a 3 anos. Se considerarmos os 20% mais pobres da população brasileira, a cobertura é de apenas 15%.

A partir dessa constatação, foi estabelecido um recurso adicional para os municípios, responsáveis pela oferta de educação infantil, para o atendimento de crianças do Bolsa Família. Ampliou-se o número de crianças de 0 a 48 meses identificadas na educação infantil de 492 mil, em 2011, para 707 mil, em 2014, resultado de apenas três anos de política. Com essas iniciativas, atinge-se o patamar de inclusão de 20% das crianças de 0 a 48 meses do Bolsa Família na educação infantil, ou seja, hoje, uma em cada cinco crianças do Bolsa Família está na educação infantil. Isso, combinado com o objetivo estabelecido no Plano Nacional de Educação de universalizar o acesso à educação para crianças de 4 e 5 anos de idade em 2016, é um indicativo das possibilidades que estão sendo criadas. É uma geração que tem mais e melhores oportunidades, muito diferentes das que seus pais tiveram.

Gráfico 1: Evolução das matrículas de crianças do Programa Bolsa Família de 0 a 48 meses em creches



Fonte: INEP/MDS

Em relação à área de saúde, o Brasil Carinhoso também apresenta resultados importantes. Destacam-se, entre as iniciativas, a aplicação de megadoses de vitamina A e a distribuição de sulfato ferroso, ações voltadas para a saúde infantil que já eram comuns entre a população mais rica do País, mas que sequer chegavam à população mais pobre. Com o Brasil Carinhoso, não apenas alcançaram o público mais pobre, como se tornaram políticas públicas permanentes.

Outro aspecto importante foi a ampliação do Programa Saúde na Escola, que foi estendido a creches e pré-escolas, atingindo 20 mil estabelecimentos, 1,12 milhão de alunos de creches e 2,02 milhões de alunos de pré-escolas, em 4.787 municípios.

O Brasil sem Miséria trabalha exatamente com essa ideia de junção de políticas. Com o Programa Bolsa Família, os 25% mais pobres da população brasileira foram atendidos, e com o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), esses passaram a ter acesso a uma série de outros programas. Vale

citar, como exemplos, o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), para qualificação profissional; o Programa Crescer, de acesso a crédito; o Minha Casa Minha Vida, para habitação; além da Tarifa Social de Energia Elétrica, da instalação de mais de um milhão de cisternas, do Benefício de Prestação Continuada (BPC), dos serviços adicionais da assistência social e do Brasil Alfabetizado. Dessa maneira, as ações foram repensadas para que chegassem à população mais vulnerável, beneficiária no Bolsa Família.

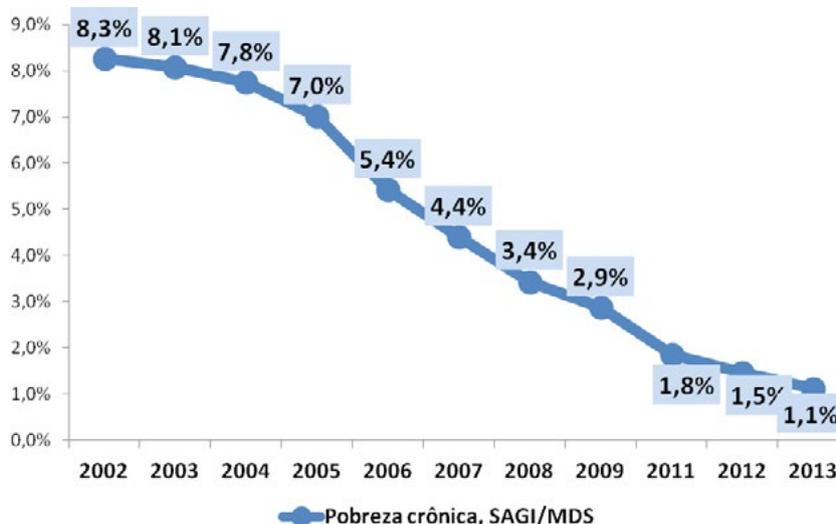
Figura 1: Ações relacionadas ao Cadastro Único



Fonte: MDS

Quando avaliamos a pobreza crônica no Brasil, observamos que o esforço de atuação intersetorial permitiu ao país alcançar resultados significativos. O gráfico a seguir apresenta a trajetória de um indicador de pobreza crônica multidimensional, elaborado pelo Banco Mundial, que incorpora medidas de saúde, de educação, de renda, de situação do domicílio e de acesso a bens. A linha azul representa a trajetória da pobreza crônica multidimensional nos últimos anos no Brasil.

Gráfico 2: Trajetória da Pobreza Multidimensional do Brasil 2002-2013



Fonte: PNAD/IBGE. Elaboração MDS e Banco Mundial

É importante lembrar que, no caso brasileiro, a maioria das famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza são famílias com crianças, especialmente entre 0 e 6 anos. Nesse sentido, combate à pobreza e redução de desigualdades significam políticas fortes de atendimento integral à primeira infância e às crianças.

3. DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE

Com base nos avanços constatados, é necessário fazer uma breve reflexão acerca dos desafios da intersectorialidade, no que tange à formulação e à implementação de políticas públicas para a primeira infância.

Ainda não há consenso sobre como ocorre a intersectorialidade. Não existe manual, nem receita pronta. Existem experiências de sucesso e de fracasso. Em 17 anos de governo federal, pude observar diversas situações de fracasso, nas quais a intersectorialidade restringia-se ao discurso.

Por outro lado, é possível apontar algumas características da implementação intersectorial que levam ao sucesso, como o compromisso político e a prioridade dada a esse tema. Sem esses dois fatores, a intersectorialidade pode até ocorrer, mas em pequena escala, a partir da boa vontade de alguns grupos que veem na intersectorialidade uma necessidade. Mas, sem esses fatores, ela não acontece na escala e nas dimensões que se pretende alcançar com o Marco Legal da Primeira Infância.

Cunill-Grau *et al.* (2013) apresentam dois modelos de intersectorialidade: a coordenação intersectorial (modelo síncrono) e a integração intersectorial. No caso brasileiro, o modelo que mais se aproxima da explicação é o modelo de coordenação intersectorial. Isso significa que as políticas públicas chegam de maneira sincronizada no território, no tempo e na população. Isso é uma forma de intersectorialidade, mas ainda limitada. Não é um modelo integrado, em que realmente temos as instâncias integradas e as possibilidades de dar saltos a partir da gestão intersectorial.

O motivo pelo qual é tão difícil superar o modelo de coordenação e chegar a outro nível de intersectorialidade é a complexidade do modelo vigente. Para alcançar o formato ideal é preciso rever a divisão de responsabilidades e competências. É necessário readequar as equipes das políticas públicas, a legislação e o financiamento. Há uma série de desafios ligados ao processo de intersectorialidade integrada que precisam ser enfrentados. Uma possibilidade para superá-los é criar instrumentos facilitadores para isso.

No caso do Bolsa Família, há o Cadastro Único, que permite identificar as famílias e trabalhar com base no mesmo instrumento. Há instâncias de monitoramento dentro do Plano Brasil sem Miséria que permitiram trabalhar de maneira mais articulada. Mas é necessário avançar também em relação às questões dos conflitos burocráticos e da estrutura de incentivo para servidores. A extrapolação de competências hoje suscita até mesmo processos administrativos disciplinares.

Dessa maneira, mesmo uma política muito bem desenhada, quando chega aos servidores que a implementarão, enfrenta enormes dificuldades burocráticas, legais e da estrutura de incentivos. Qual a vantagem em agir de maneira integrada? Quais são os estímulos que são dados aos servidores para que isso efetivamente aconteça?

Por fim, é importante atentar para a questão do financiamento. No caso brasileiro, há uma rigidez considerável em termos de orçamento, de definição dos itens e serviços que podem ser financiados com cada recurso, o que impede uma atuação intersectorial em muitos sentidos. Discute-se por qual setor o recurso será contabilizado: saúde, educação ou assistência social? Como esses recursos serão utilizados? Haverá um fundo de intersectorialidade?

Os desafios para se alcançar uma efetiva intersetorialidade são, portanto, múltiplos. Eles envolvem os sistemas de políticas públicas, a infraestrutura administrativa, a questão federativa, entre outros aspectos.

Tão grande quanto esses desafios postos é a necessidade de superá-los com o intuito de atingir o objetivo maior, que é garantir o desenvolvimento integral da primeira infância.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *O Brasil sem miséria*. Organizadores: Tereza Campello, Tiago Falcão, Patricia Vieira da Costa. Brasília: MDS, 2014.

CUNILL-GRAU, Nuria; FERNÁNDEZ, Margarita; THEZÁ MANRÍQUEZ, Marcel. La cuestión de la colaboración intersectorial y de la integralidad de las políticas sociales. Lecciones derivadas del caso del sistema de protección a la infancia en Chile Polis, *Revista de la Universidad Bolivariana*, vol. 12, núm. 36, 2013, pp. 1-18 Universidad de Los Lagos Santiago, Chile

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C.A.T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M.L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nation wide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, 382, 2013, pp. 57-64.

O DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA: APONTAMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA BRASILEIRA E REFLEXÕES SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Ieda Maria Nobre de Castro

Assistente Social, Mestre e Doutora em Serviço Social; Secretária Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Ana Angélica Campelo de Albuquerque e Melo

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Servidora em exercício no Departamento de Proteção Social Especial do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Juliana Maria Fernandes Pereira

Psicóloga, Especialista e Mestre em Psicologia; Analista em Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação; Assessora da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Liliane Neves do Carmo

Assistente Social; Coordenadora-Geral do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Durante séculos no Brasil, as provisões públicas à infância e à adolescência estiveram pautadas em uma concepção que desqualificava as famílias em situação de pobreza, vistas como incapazes de prover os cuidados e a educação de seus filhos. Nesse contexto, o Estado estruturou atenções baseadas em cuidados substitutivos aos da família, o que impulsionou a construção no país de uma “cultura de institucionalização”, com base na qual crianças e adolescentes de famílias pobres eram afastados do convívio familiar e cresciam em grandes instituições totais para serem cuidados e educados – o que Fonseca (1995) denominou de “internato do pobre”.

Com o avanço da ciência, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, esse modelo de atendimento – em instituições de cuidado massificado e pouco permeáveis ao contato com a família e a comunidade – mostrou-se incapaz de atender às necessidades de desenvolvimento, proteção e socialização de crianças e adolescentes. Particularmente em relação à primeira infância, diversos estudos evidenciaram a vulnerabilidade da criança à separação da família nessa etapa, marcada pela dependência de seus cuidadores e do ambiente em que vive, e os possíveis efeitos no seu desenvolvimento quando cuidados substitutivos de qualidade não são assegurados.

A família é o principal núcleo de referência e socialização da criança de 0 a 6 anos. Os cuidados, a proteção e a relação afetiva estabelecida com a família nessa etapa têm impacto importante sobre sua condição

de saúde, desenvolvimento afetivo e cognitivo e as aquisições próprias desta faixa etária, podendo influenciar, ainda, as demais etapas do ciclo vital. É por intermédio da família que a criança experimenta e reconhece os papéis sociais e inicia os contatos e as interações com o meio, a cultura, a comunidade e as instituições sociais. Dessa forma, as experiências de segurança, afeto e proteção vivenciadas nas relações familiares na primeira infância contribuirão para a construção da identidade e de outros vínculos significativos ao longo da vida, para a socialização, participação na sociedade e para o desenvolvimento da autoestima, da autonomia e da capacidade de resiliência, ou seja, de enfrentamento de situações adversas (BOLWBY, 1988; 1997).

A separação da família, a ausência de vínculos afetivos significativos, de proteção, cuidado individualizado e humanizado e a vivência de situações adversas – como privações do atendimento às necessidades básicas de sobrevivência e violações de direitos, a exemplo da violência – constituem fatores de risco ao desenvolvimento da criança. De acordo com a literatura, quanto mais precoces e intensas forem estas ocorrências, mais graves poderão ser as consequências para a criança (BOWLBY, 1988; SPITZ, 2000). Estudos de Spitz mostram, inclusive, que a privação de cuidados e de relações afetivas significativas no primeiro ano de vida podem gerar intenso sofrimento, adoecimento e até mesmo a morte da criança, o que o autor denominou de “Síndrome do Hospitalismo” (SPITZ, 2000).

Quando as crianças são criadas na completa ausência da mãe, numa instituição em que os cuidados lhes são dispensados de forma anônima e sem o estabelecimento de um laço afetivo, verificam-se os distúrbios graves que Spitz agrupou sob o nome de hospitalismo: atraso do desenvolvimento corporal, do domínio manipulatório, da adaptação ao meio, da linguagem; menor resistência a doenças e, nos casos mais graves, marasmo e morte (LAPLANCHE, 1998, p. 217).

Particularmente nas últimas décadas do século XX e no início do século XXI, o conhecimento acerca do papel da família e dos vínculos significativos e das especificidades dos primeiros anos de vida exige novas medidas e respostas por parte do Estado para a proteção da criança – como a revisão do modelo de atendimento em casos de afastamento do convívio familiar, a estruturação de políticas de apoio às famílias e, finalmente, o avanço no campo dos direitos.

Nos primeiros cinco anos e, sobretudo no primeiro ano de vida, as crianças são particularmente vulneráveis à separação de sua família e ambiente de origem. Porém, apesar do sofrimento vivido, se um substituto assume o cuidado e lhe proporciona a satisfação de suas necessidades biológicas e emocionais, a criança pode retomar o curso de seu desenvolvimento (BOWLBY, 1988; DOLTO, 1991; SPITZ, 2000). Por outro lado, quando isso não ocorre, o sofrimento da criança será intenso e, segundo Spitz (2000), ela poderá adoecer e até mesmo chegar à morte. Assim, quando a separação é inevitável, cuidados alternativos de qualidade e condizentes com suas necessidades devem ser administrados, até que o objetivo de integração à família (de origem ou substituta) seja alcançado, garantindo-se a provisoriedade da medida de abrigo (ECA, art. 101, parágrafo único) (BRASIL, 2006, p. 32).

É justamente esta concepção que subsidia o reconhecimento, no cenário internacional e no Brasil, da convivência familiar e comunitária como direito, impulsionando mudanças na visão da sociedade, no campo legislativo, jurídico e nas políticas públicas, dentre as quais a política de assistência social.

1. CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA COMO DIREITO: APONTAMENTOS SOBRE A TRAJETÓRIA BRASILEIRA

Em contraposição à legislação até então vigente – cujos dispositivos voltados à criança e ao adolescente tinham como foco a proteção à sociedade –, foi a partir da Constituição Federal (CF) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que a legislação brasileira reconheceu as crianças e os adolescentes como sujeitos de direitos e pessoa em desenvolvimento, voltando-se, de fato, à sua proteção. É nesse contexto que a convivência familiar e comunitária é elevada ao patamar de direitos no ordenamento jurídico brasileiro.

Constituição Federal, art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 4º: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Essa mudança de paradigma trouxe uma alteração profunda na visão do Estado não apenas acerca da criança e do adolescente, mas também em relação às famílias – principalmente àquelas em situação de pobreza. A explicitação desse direito na CF e no ECA impulsionou a realização de estudos e discussões no âmbito da sociedade civil e governos ao longo de mais de uma década até que, em 2002, a divulgação dos resultados da Caravana da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados²² trouxe o tema, definitivamente, para a agenda pública. Contrariando o senso comum, a reportagem “Os órfãos do Brasil” (MAGNO e MONTENEGRO, 2002) evidenciou que a maioria das crianças e dos adolescentes institucionalizados não era órfã. Os resultados da Caravana mostraram que a realidade dos “abrigos” visitados estava muito distante do que previa a legislação e que as crianças e os adolescentes atendidos nestes serviços encontravam-se privados de direitos.

Esta constatação mobilizou ao debate importantes atores da sociedade civil, organismos internacionais, conselhos e governo das diferentes esferas e poderes, resultando numa trajetória que contribuiu para: *o diagnóstico da situação de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento e a construção de conhecimento sobre esta realidade; avanços nos marcos normativos e na atuação da Justiça e do Ministério Público; e indução no campo das políticas públicas de ações voltadas à garantia do direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes, o que colocou o Brasil em uma posição de destaque na discussão do tema no cenário internacional.* Ao longo da trajetória de mais de uma década que se seguiu após a divulgação dos resultados da Caravana, algumas conquistas merecem destaque:

- **Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA):** apoiada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a pesquisa “O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil” (SILVA, 2003) abrangeu o universo

22 Realizada de setembro a dezembro de 2001, a Caravana percorreu oito estados do país com o objetivo de conhecer a realidade dos serviços de acolhimento crianças e adolescentes. Os resultados encontrados foram apresentados no Caderno Especial do Jornal Correio Braziliense, de 9 de janeiro de 2002, na reportagem “Órfãos de Pais Vivos” (BRASIL, 2006; MAGNO e MONTENEGRO, 2002).

dos 584 serviços de acolhimento cofinanciados à época pelo Governo Federal. O hiato entre os direitos reconhecidos na legislação brasileira e a realidade identificada pelo estudo contribuiu para subsidiar, de forma consistente, os debates posteriores em torno do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. O Ipea identificou 19.373 crianças e adolescentes acolhidos e, dentre outros resultados, constatou que 86,7% tinham família, 58,2% tinham vínculos com seus familiares e apenas 10,7% se encontravam em condições de colocação em adoção. A pesquisa foi um marco no reconhecimento da necessidade de ampliar o debate para além da adoção e alcançar a perspectiva do direito à convivência familiar e comunitária.

- **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2006):** aprovado em dezembro de 2006 pelo CONANDA e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), o Plano mobilizou nacionalmente o debate, ampliou o olhar para além da adoção e disseminou uma nova cultura na área, de afirmação do direito à convivência familiar e comunitária. A discussão concomitante das Diretrizes de Cuidados Alternativos para Crianças, das Nações Unidas (ONU, 2009), e do Plano Nacional permitiu o diálogo entre os conteúdos de ambos os documentos.
- **Diretrizes de Cuidados Alternativos para Crianças (ONU, 2009):** sob a coordenação do Comitê dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Serviço Social Internacional (ISS), o documento resultou de um amplo debate de especialistas governamentais e não governamentais de diversas nacionalidades. Em agosto de 2006, o esboço das Diretrizes foi discutido em Brasília, na Reunião Intergovernamental,²³ com a participação de representantes de mais de 40 países, do Comitê dos Direitos da Criança da ONU, do ISS e UNICEF. O Brasil agregou ao documento as contribuições que resultaram da Reunião Intergovernamental e remeteu ao ISS a proposta de redação final. O Projeto de Resolução sobre Diretrizes para Cuidados Alternativos para Crianças foi aprovado na 11ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos da ONU, realizada em junho de 2009, ocasião em que a União Europeia e o Canadá registraram agradecimentos ao Brasil pela liderança do debate intergovernamental (BRASIL, 2009a).
- **Orientações Técnicas sobre os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2009a):** aprovado pelo CONANDA e CNAS em junho de 2009, o documento abrange princípios, metodologia de atendimento e parâmetros para o funcionamento dos serviços de acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Sua elaboração incorporou o conhecimento acumulado no processo de construção do Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária e das Diretrizes das Nações Unidas, o que assegurou uma convergência entre estes documentos e fortaleceu o paradigma do direito à convivência familiar e comunitária delineado no Brasil ao longo desse percurso. Os debates realizados nas Conferências do Direito da Criança e do Adolescente, em 2007, e pelo Grupo de Trabalho Pró-Convivência Familiar e Comunitária,²⁴ assim como as

23 Organizada pela então Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério das Relações Exteriores (MRE), com apoio do UNICEF.

24 De iniciativa do UNICEF, o GT Nacional iniciou seus trabalhos em 2005, por meio de cooperação técnica com a Associação Brasileira Terra dos Homens. Apoiado pela então SEDH, Instituto Camargo Correa e Instituto C&A, o GT reuniu representantes governamentais e não governamentais com atuação e conhecimento na área. Suas atividades mobilizaram um amplo debate sobre o tema no país, envolvendo atores de diferentes esferas e poderes e a sociedade civil (BRASIL, 2009a).

sugestões advindas da consulta pública, também subsidiaram e enriqueceram a elaboração das Orientações Técnicas.

- **Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009:** altera o ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990). Sua promulgação representa o coroamento do processo de construção realizado até então no país no que diz respeito ao direito à convivência familiar e comunitária, uma vez que introduziu no campo legal os dispositivos e pressupostos do Plano Nacional, das Diretrizes das Nações Unidas e das Orientações Técnicas. Dentre outros aspectos contemplados pela Lei nº 12.010/2009, destaca-se a exigência de procedimentos para assegurar o acompanhamento contínuo da situação de crianças e adolescentes acolhidos, de modo a evitar que a permanência no serviço de acolhimento se estenda para além de dois anos, salvo necessidade justificada pela autoridade judiciária. A inclusão da opinião da criança e do adolescente nos processos decisórios a respeito de sua situação familiar – por meios adequados a seu estágio de desenvolvimento – a preservação dos vínculos familiares, a reintegração ao convívio familiar e a incorporação dos avanços quanto aos serviços de acolhimento são outros pontos de destaque da Lei. Em relação a este último, as alterações no Estatuto promoveram uma atualização quanto à nomenclatura – de “programas de abrigo” para “serviços de acolhimento institucional” – e introduziram a previsão da modalidade de acolhimento familiar, o que assegurou uma maior convergência da legislação com o SUAS.
- **Levantamento Nacional de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (ASSIS e FARIAS, 2013):** viabilizado por meio de cooperação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) com a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) e concluído em 2011, o Levantamento identificou 2.624 serviços de acolhimento institucional no país, localizados em 1.157 municípios, nos quais 36.929 crianças e adolescentes encontravam-se acolhidos; e 144 serviços de acolhimento familiar, em 130 municípios, com 932 crianças e adolescentes acolhidos. Os resultados possibilitaram a atualização de conhecimentos em relação à realidade identificada pelo Ipea em 2003 (SILVA, 2003), e subsidiaram o planejamento de ações do MDS direcionadas à qualificação da oferta destes serviços no país, com destaque para o incremento do cofinanciamento federal e a indução do processo de reordenamento, visando a adequação aos parâmetros do SUAS e da legislação.

Em relação aos achados do Ipea, o Levantamento Nacional evidenciou uma redução na média de tempo de acolhimento das crianças e dos adolescentes em acolhimento institucional: enquanto o Ipea constatou que 52,6% das crianças e dos adolescentes estavam acolhidos entre dois e cinco anos e 19,7% há mais de seis anos, no Levantamento Nacional estes percentuais corresponderam a 30,4% e 11,9%, respectivamente. Outro dado que merece destaque diz respeito à questão da pobreza: enquanto na pesquisa do Ipea a falta de recursos materiais dos pais/responsáveis motivou o acolhimento de 24,1% das crianças e adolescentes, no Levantamento Nacional este percentual caiu para 9,7% (CONSTANTINO, ASSIS e MESQUISTA, 2013; SILVA, 2003). Estes achados evidenciam um movimento de mudança dos serviços de acolhimento em direção à concepção incorporada nas normativas e legislações ao longo da trajetória brasileira de construção da convivência familiar e comunitária como direito. Além disso, denotam efeitos da priorização do enfrentamento à pobreza na agenda pública na última década, período marcado pela implementação do SUAS e do Programa Bolsa Família (PBF).

- **Política de Assistência Social e implementação do SUAS:** com centralidade na atenção às famílias em situação de vulnerabilidade e risco social e orientada pela provisão das seguranças socioassis-

tenciais – de *renda e autonomia*,²⁵ de *convívio familiar e comunitário*²⁶ e de *acolhida*²⁷ – a política possui estreita relação com a temática do direito à convivência familiar e comunitária. Organizada no país por intermédio do SUAS, a Assistência Social reúne um conjunto de serviços, benefícios, programas e projetos e adota a perspectiva de integração do acesso a serviços e benefícios visando, para além do enfrentamento da pobreza e a garantia de acesso à renda, a promoção da melhoria das condições de vida das famílias mais vulneráveis (Brasil, 2004). Os serviços socioassistenciais destinados ao acompanhamento familiar²⁸ e aqueles que dão suporte à função de proteção e cuidados²⁹ apoiam as famílias no desempenho de suas funções (BRASIL, 2009b). O trabalho social desenvolvido no âmbito do SUAS contempla a atenção a *questões objetivas* – como o acesso à renda, a direitos e recursos das diversas políticas – e *subjetivas* – voltadas à dimensão relacional e ao trabalho com as relações familiares e comunitárias (BRONZO, 2009). Nessa direção, contribui para a prevenção do afastamento do convívio familiar e para que este não seja motivado unicamente pela situação de pobreza. Nos casos em que o afastamento do convívio familiar se mostra a melhor medida para a proteção da criança e do adolescente, o SUAS, além de responsável pela oferta do atendimento nos serviços de acolhimento, contribui, ainda, para o trabalho junto ao esgotamento das possibilidades de reintegração ao convívio familiar.

A trajetória brasileira de construção da convivência familiar e comunitária como direito circunscreveu algumas diretrizes, dentre as quais se destacam: *fortalecimento das políticas de apoio à família e prevenção do afastamento do convívio; excepcionalidade e provisoriedade da permanência no serviço de acolhimento e promoção da retomada do convívio familiar, prioritariamente com a família de origem e excepcionalmente em família substituta; e qualificação do atendimento nos serviços de acolhimento e implantação de novas modalidades de acolhimento*. São justamente estas diretrizes, sua interface com a política de assistência social e as especificidades das crianças de 0 a 6 anos que se pretende abordar a seguir.

2. POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E GARANTIA DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR DE CRIANÇAS NA PRIMEIRA INFÂNCIA

2.1. Fortalecimento do Apoio à Família na Política de Assistência Social e Prevenção do Afastamento do Convívio

A atenção às crianças de 0 a 6 anos é uma das questões mais antigas no campo da assistência social no Brasil. Porém, esta atenção mudou significativamente ao longo da história e mais particularmente no final do século XX e no início do século XXI em razão da mudança de paradigma no campo do direito e da política de assistência social – da filantropia para a proteção social. Além das alterações nas atenções históricas às

25 Voltada à provisão de mínimos sociais e de condições dignas de sobrevivência em determinadas circunstâncias, por meio do acesso a benefícios. Na provisão desta segurança destacam-se o Benefício de Prestação Continuada e o Programa Bolsa Família.

26 Baseada no reconhecimento do papel do Estado na oferta de provisões que apoiem a família no exercício de suas funções, contempla a perspectiva de que vínculos familiares e comunitários são fundamentais para assegurar condições protegidas de desenvolvimento humano, familiar e social.

27 Fundamenta a proteção em situações excepcionais, nas quais seja necessário prover acolhimento provisório em serviços de acolhimento.

28 O acompanhamento familiar é realizado na Proteção Social Básica pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), ofertado pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); e, na Proteção Social Especial, pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado (PAEFI), ofertado pelos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

29 A exemplo do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, ofertado na Proteção Social Básica.

crianças de 0 a 6 anos, há que se mencionar que esta mudança engloba o reconhecimento da família como temática central desta política. Nesse sentido, toda provisão às crianças de zero a seis anos não deve estar desconectada da compreensão do contexto mais amplo no qual está inserida, de sua realidade familiar e do trabalho social com sua família.

Situações de privação econômica, desigualdade social, insegurança alimentar, desemprego, violência urbana e falta de infraestrutura nos territórios – como saneamento básico, creches, transporte público, moradia e serviços de saúde – são questões concretas que se relacionam com o contexto mais amplo e incidem sobre as famílias, podendo tensionar as relações familiares e tornar ainda mais difícil aos pais ou responsáveis a função de cuidado e proteção. E quanto menor a criança, maior sua vulnerabilidade a estas tensões e exigência em relação à provisão de cuidados. Além disso, as famílias, independente da classe social, podem encontrar dificuldades para compreender as necessidades específicas desta etapa do desenvolvimento e conciliar cuidados e atividades laborais.

Nessa direção, é preciso reconhecer o papel do Estado na provisão de apoio à família para o exercício de seu papel protetivo às crianças na primeira infância. Estes apoios vão desde a ampliação de acesso a direitos e benefícios – para assegurar condições dignas de sobrevivência e inclusão social – até a inserção em serviços que contribuam para o suporte à função de cuidados e para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Nessa direção, na política de assistência social se destacam: o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o PBF e os serviços socioassistenciais, particularmente o PAIF, o PAEFI e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que serão abordados a seguir.

- **Benefício de Prestação Continuada:** em setembro de 2015, um total de 96.485 crianças de 0 a 6 anos recebiam o BPC. Além da provisão da segurança de renda por intermédio deste benefício, há ainda o Programa BPC na Escola, que articula ações intersetoriais³⁰ no território dos CRAS com o objetivo de assegurar o acesso e permanência na escola das crianças beneficiárias do BPC. Para tanto, o Programa identifica as barreiras que dificultam o acesso à educação e as demandas da criança e da família, as quais são contempladas no trabalho social, orientado pela perspectiva de integração entre acesso a renda, direitos e serviços. Esse conjunto de ações tem um papel importante na proteção das crianças com deficiência de 0 a 6 anos, no apoio à família e na prevenção do encaminhamento para serviços de acolhimento – realidade historicamente observada no país.
- **Programa Bolsa Família:** a presença de crianças de 0 a 6 anos impacta na composição dos valores transferidos à família pelo Programa. Além da segurança de renda, as condicionalidades do Programa contribuem para a proteção e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos. Nesse sentido, destacam-se o acompanhamento da saúde – da gestante, da nutriz e das crianças –, a vacinação e a frequência escolar. O descumprimento das condicionalidades é compreendido como indicador da situação de vulnerabilidade da família e da necessidade de priorização no acompanhamento familiar no SUAS. Diversas pesquisas já produzidas no Brasil tem mostrado o impacto do Bolsa Família na melhoria dos indicadores de educação e saúde das crianças das famílias beneficiárias do Programa, a exemplo do aumento de estatura e da redução da desnutrição (CAMPELLO e NERI, 2013). Em 2012, o Programa Bolsa Família passou por algumas alterações, ao se constatar que a

30 Instituído pela Portaria Interministerial MDS/MEC/MS/SDH no 18, de 24 de abril de 2007, o Programa BPC na Escola articula ações das políticas de saúde, educação, assistência social e direitos humanos.

extrema pobreza estava fortemente concentrada na faixa etária de 0-6 anos e de 7-15 anos.³¹ Estas mudanças foram contempladas pela Ação Brasil Carinhoso, que integrou o Plano Brasil Sem Miséria (BSM) e assegurou complemento à transferência de renda do PBF para que toda família com crianças de 0 a 6 anos inserida no Cadastro Único fosse retirada da situação de extrema pobreza.³² Por meio do Brasil Carinhoso, o Ministério da Saúde expandiu a distribuição de doses de vitamina A para crianças entre 6 meses e 5 anos;³³ a oferta de sulfato ferroso;³⁴ e a distribuição gratuita de medicamentos para asma – a segunda maior causa de internação e óbito de crianças no país.

- **Serviços Socioassistenciais:** no caso específico das crianças na primeira infância, o objetivo principal do acompanhamento no PAIF é apoiar a família, fortalecer os vínculos e a capacidade protetiva e prevenir situações de risco pessoal e social. Assim, o trabalho social pode abarcar aspectos diversos do convívio – como desenvolvimento nesta etapa do ciclo vital, relacionamentos familiares e papel dos cuidadores, sobrecarga dos cuidados na figura da mulher, etc. O PAEFI, por sua vez, desenvolve o acompanhamento das famílias que enfrentam situações de risco pessoal e social – como violência contra a criança, por exemplo. Dentre outros objetivos, este Serviço visa à reconstrução das relações familiares e à superação de padrões de relacionamento com violação de direitos. Ambos os serviços viabilizam as intervenções necessárias para que a família possa ser mais inserida socialmente e alcance condições mais dignas de sobrevivência e a criança possa usufruir do acesso a direitos – como saúde e creche. Estes espaços podem também contribuir para o apoio mútuo entre as famílias, para a construção de uma consciência coletiva e para o fortalecimento de vínculos comunitários e da participação social, podendo contribuir, inclusive, para a indução de mudanças nas comunidades.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, por sua vez, complementa o trabalho desenvolvido pelo PAIF e PAEFI e oportuniza atividades favorecedoras do desenvolvimento e da socialização da criança na primeira infância, apoiando a família no papel de proteção e cuidados. Esse conjunto de atenções contribui para se construir um contexto mais favorável ao desenvolvimento infantil e usufruto de direitos pela criança.

Estes serviços, articulados aos demais serviços, benefícios e programas socioassistenciais e aos recursos das demais políticas públicas contribuem para a prevenção do afastamento do convívio familiar. Quando estas situações já se encontram instaladas, o PAEFI tem um papel importante no acompanhamento das famílias e no apoio a processos de reintegração familiar. Para tanto, mantém uma relação mais estreita com o Sistema de Justiça e os serviços de acolhimento.

31 Extremamente pobres, por faixa etária, segundo Censo do IBGE 2010: 0 a 6 anos: 13,3%; 7 a 15 anos: 12,4%; 16 a 24 anos: 7,9%; 25 a 39 anos: 6,8%.

32 Considerou-se, inicialmente, as famílias em situação de extrema pobreza como aquelas com renda *per capita* inferior a R\$70,00. Posteriormente, o valor foi revisado para R\$77,00. O complemento de valores foi inicialmente destinado às famílias considerando presença de membros na faixa etária 0-6, depois 7-15 e, posteriormente, alcançou as demais faixas etárias.

33 A medida previne a deficiência dessa vitamina, que acometia 20% das crianças menores de cinco anos e, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de anemia, morbidades e mortalidade.

34 A necessidade de ferro das crianças menores de 24 meses é muito elevada e dificilmente provida apenas por alimentos. Se essa necessidade não for suprida, pode levar à deficiência de ferro e à anemia, que prejudica o desenvolvimento infantil.

2.2. Excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar

Esta diretriz contempla a perspectiva de que a medida de afastamento seja aplicada somente após esgotadas as possibilidades de manutenção com a família de origem (natural e extensa). Nesse sentido, é importante lembrar que o próprio ECA veda afastamentos motivados unicamente pela situação de pobreza da família. Quando o afastamento do convívio familiar se mostrar a melhor medida para garantir o interesse da criança, deve-se buscar a preservação dos vínculos familiares e comunitários e, sempre que possível, a reintegração familiar. Por intermédio da Lei nº 12.010/2009, foram introduzidas alterações no Estatuto para evitar o rompimento de vínculos afetivos prévios das crianças que, por algum motivo, não possam mais permanecer sob os cuidados de seus pais.

As alterações introduzidas no ECA pela Lei nº 12.010/2009 também fortaleceram, no plano legal, a previsão do acompanhamento sistemático pelo Sistema de Justiça da situação de cada criança acolhida, para que a autoridade judicial, com base em estudos e relatórios consistentes, possa tomar em tempo oportuno a decisão quanto à reintegração familiar ou à destituição do poder familiar e encaminhamento para adoção. Dentre as principais ações no sentido de diminuir o período de acolhimento ao estritamente necessário, destaca-se a necessidade de se proporcionar acesso a direitos e recursos das diversas políticas públicas, apoio e orientação à família, visando à superação de situações que motivaram a separação e à construção de condições para viabilizar a reintegração familiar de forma segura. O trabalho nesse sentido envolve as equipes técnicas dos serviços de acolhimento e dos CREAS, que devem viabilizar os encaminhamentos e a articulação intersetorial necessária para a atenção à integralidade das demandas da família.

A Lei prevê que, na impossibilidade de retorno ao convívio com a família natural (pai e/ou mãe), a reintegração à família extensa seja priorizada em relação ao encaminhamento para adoção. Tais dispositivos visam à minimização dos danos emocionais decorrentes do rompimento de vínculos afetivos significativos. Todavia, é importante que a definição legal de família extensa seja observada e que não se supervalorizem os laços tão somente consanguíneos. Nesse sentido, a Lei indica claramente o conceito de família extensa que deve ser priorizada em relação à adoção:

Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (Lei nº 8.069/90, art. 25, parágrafo único).

Portanto, conforme bem consignado na legislação, os laços consanguíneos não são suficientes para se definir família extensa, cujo *reconhecimento exige convívio prévio e vínculos de afinidade e afetividade entre a criança e seus parentes*. Assim, a priorização da manutenção na família extensa em relação ao encaminhamento para adoção deve ocorrer somente quando se tratar de *parentes próximos, com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade* e não com todo e qualquer parente. Tal dispositivo demonstra a coerência interna da Lei nº 8.069/90, na medida em que reconhece a criança como sujeito de direito – o que implica não ser tratada como mero objeto de propriedade de seus familiares. Assim, toda decisão quanto à situação familiar deve estar voltada à garantia do direito da criança de crescer em um ambiente familiar seguro e favorecedor do desenvolvimento saudável, com uma família com a qual possa construir vínculos afetivos positivos e duradouros.

Também há a preocupação de que os vínculos comunitários sejam preservados e proporcionados. Assim, é importante que a criança possa participar da vida em comunidade e, sempre que possível, seja encaminhada ao serviço de acolhimento próximo do local de sua residência de origem, de modo a evitar rupturas de vínculos com o território – como creche, escola, colegas e outras pessoas significativas da comunidade.

Finalmente, quando a colocação em adoção representar a melhor medida, deve-se apoiar a aproximação gradativa, a preparação para o desligamento e a construção da vinculação com a família substituta. Todas essas questões são fundamentais quando se fala de crianças de 0 a 6 anos, período em que são particularmente vulneráveis à separação da família e do ambiente em que vivem. Nessa etapa do desenvolvimento, é particularmente importante que o tempo no serviço de acolhimento não se prolongue para além do estritamente necessário. No caso da primeira infância, além dos impactos ao desenvolvimento decorrentes da privação do convívio familiar, é importante considerar que dois anos de acolhimento, por exemplo, significa parcela muito significativa do período de vida da criança.

2.3. Qualificação do atendimento nos serviços de acolhimento e implantação de novas modalidades

Os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes foram profundamente revistos pela política de assistência social em razão da necessidade de adequá-los aos dispositivos da CF e do ECA,³⁵ aos novos paradigmas da política de Assistência Social – expressos na Lei Orgânica de Assistência Social e na Política Nacional de Assistência Social – e ao avanço normativo do SUAS – com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (BRASIL, 2006) e as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Outros avanços também contribuíram para impulsionar a construção de uma nova concepção acerca da organização e funcionamento destes serviços no país, como o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, as Diretrizes de Cuidados Alternativos para Crianças, a Lei nº 12.010/2009 e os resultados de pesquisas mencionadas anteriormente (ASSIS e FARIAS, 2013; SILVA, 2003).

Além do trabalho necessário para assegurar a excepcionalidade e a provisoriidade da permanência nos serviços de acolhimento, há também a preocupação de que os cuidados providos nesse período sejam de qualidade, com atendimento personalizado e individualizado. Os parâmetros do SUAS reconhecem, inclusive, as especificidades desta faixa etária na provisão destes serviços. Exemplo disso é que o *acolhimento familiar* deve ser priorizado no caso de crianças na primeira infância, especialmente para aquelas menores de três anos. No caso do *acolhimento institucional* – que deve ser ofertado em pequenos grupos –, a razão cuidador/crianças e adolescentes deve ser reduzida quando houver a presença de crianças de até um ano de idade (BRASIL, 2009a).

Vale destacar que o acolhimento em famílias acolhedoras é também considerado pelas Diretrizes das Nações Unidas como a modalidade prioritária para o atendimento de crianças menores de três anos. O acolhimento em ambiente familiar visa propiciar um atendimento mais humanizado e prevenir os efeitos da institucionalização, aos quais as crianças na primeira infância são particularmente vulneráveis. No Brasil, esse serviço está previsto ECA e nas normativas que regulamentam a Assistência Social – como as Orientações

35 Lei no 12.010/1990 e alterações posteriores, por meio da Lei no 12.010/2009.

Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes e a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Tal Serviço é responsável pela organização do acolhimento provisório, em famílias acolhedoras, daquelas crianças afastadas de suas famílias de origem mediante a aplicação de medida de proteção. As famílias acolhedoras se dispõem a acolher temporariamente a criança, enquanto são buscadas as condições necessárias à sua reintegração segura à família de origem ou o encaminhamento para família adotiva, quando for o caso. Para tanto, as famílias acolhedoras são previamente selecionadas e capacitadas e, posteriormente, acompanhadas pela equipe técnica do Serviço.

Apesar de ainda pouco difundido em nosso País, o *acolhimento familiar* é amplamente utilizado nos países de língua inglesa e da Europa, a exemplo da Espanha e da Itália, justamente por proporcionar às crianças, temporariamente afastadas de suas famílias, a possibilidade de continuar vivendo em um ambiente familiar (MARTINS, COSTA e ROSSETTI-FERREIRA, 2010). Estudo comparativo (BICK *et al.*, 2015) com crianças que, durante a primeira infância, foram acolhidas em unidades de acolhimento institucional e crianças que foram acolhidas em famílias acolhedoras (*foster care*) mostrou que os *deficits* no desenvolvimento foram significativamente menores entre aquelas acolhidas em famílias acolhedoras.

Um dos principais desafios da política de assistência social no que se refere à promoção do direito à convivência familiar consiste na implantação e qualificação de serviços de acolhimento em famílias acolhedoras no Brasil. Oportunizar o acolhimento temporário em ambiente familiar pode significar, além de uma maior proteção, maiores condições de favorecer o desenvolvimento integral e a garantia de direitos da criança na primeira infância.

O PL nº 6.998/2013 pode representar um marco na promoção e fortalecimento dessa modalidade de acolhimento como alternativa à institucionalização das crianças afastadas da família de origem, algo já indicado desde o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (2006). Isso porque, em seu art. 28 (que acrescenta ao art. 34 do ECA os parágrafos 3º e 4º), o PL dispõe sobre as condições necessárias à organização deste Serviço e a destinação de recursos para sua implementação:

§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, que deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas, que não estejam no cadastro de adoção.

§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora (NR).

Para além das questões inerentes à gestão pública, a implantação destes Serviços implica a necessidade de uma mudança cultural da sociedade brasileira, para uma maior adesão a essa alternativa de acolhimento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória brasileira de construção da convivência familiar e comunitária como direito, as vulnerabilidades específicas da criança na primeira infância à separação da família e a interface desta temática com o SUAS contextualizam a importância das propostas referentes a esse tema contempladas no Projeto de Lei nº 6.998/2013.

Ao longo de pouco mais de uma década, a preocupação do Brasil com a primeira infância conduziu a avanços importantes no campo do direito e das políticas públicas, dentre as quais a política de assistência social. Assim, o país avançou de forma significativa no que se refere à proteção, promoção e defesa do direito à convivência familiar e comunitária – o que abarca desde o diagnóstico da realidade, a construção de conhecimento e a disseminação de uma nova cultura, até a revisão de práticas históricas de atendimento nos serviços de acolhimento e alterações legislativas. Esta trajetória contou com alinhamento aos pressupostos adotados pelas Nações Unidas e colocou o país em posição de destaque no cenário internacional. Identificar demandas de aprimoramento no campo legislativo e de provisões de atendimento é necessário para se perseverar junto à proteção do desenvolvimento e dos direitos da criança na primeira infância.

A legislação desempenha um importante recurso nesse sentido. A força dos dispositivos legais e os conceitos adotados na legislação impulsionam e/ou refletem a construção de novas realidades e o aprimoramento da forma do Estado, da família e da sociedade se relacionarem com a criança. O Marco Legal da Primeira Infância representa, por exemplo, a oportunidade de atualizar artigos do ECA para contemplar nomenclaturas mais adequadas já indicadas no Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (2006) e no SUAS. Nesse sentido, promove a mudança dos termos *programas de orientação e auxílio por serviços e programas de proteção, apoio e promoção das famílias, crianças e adolescentes* (arts. 25, 27, 32 e 34 do PL nº 6.998/2013, que alteram respectivamente os arts. 19, parágrafo 3º; 23, parágrafo 1º; 101, inciso IV; e 129, inciso I, do ECA). Mais do que uma questão de terminologia, essa alteração contempla uma mudança de concepção a respeito das famílias, das crianças e dos adolescentes e a compreensão de que a atenção às suas necessidades constitui direito – em contraposição à visão assimétrica, de subalternidade e de desqualificação das famílias que vigorou por séculos no país.

Outrossim, o Marco Legal da Primeira Infância reforça o papel das políticas de assistência social e de saúde e do Sistema de Garantia de Direitos na atenção às crianças na primeira infância que sofrem violência de qualquer natureza. Também aperfeiçoa os dispositivos do ECA relativos às mães que manifestam interesse em entregar os filhos em adoção, ao dispor que estas devem ser encaminhadas ao serviço competente “sem valoração moral” – medida importante para resguardar a dignidade destas mulheres e proteger as crianças (PL nº 6.998/2013, art. 23, que altera o art. 13 do ECA).

A inclusão no PL nº 6.998/2013 de dispositivos relativos ao direito à convivência familiar e comunitária reitera o reconhecimento, pelo Brasil, de que este é um direito fundamental e estruturante para a formação do ser humano e do cidadão. Reafirma, ainda, o compromisso do Estado e da sociedade brasileira com sua promoção e garantia. Além dos avanços no campo legislativo, das políticas públicas e do Sistema de Justiça, há que se destacar que a inclusão desta temática na formação contínua dos profissionais representa medida essencial à qualificação das atenções necessárias à promoção, proteção e garantia do direito da criança e do adolescente a crescer e se desenvolver em família.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. (Org.). *Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento*. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/dicivip_datain/ckfinder/userfiles/files/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015>.

CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G.; MESQUITA, V. F. S. Crianças, adolescentes e famílias em SAI. In: ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. (Org.). *Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 161-220.

BICK, J.; ZHU, T.; STAMOULIS, C.; FOX, N. A.; ZEANAH, C.; NELSON, CHARLES, A. Effect of Early Institutionalization and Foster Care on Long-term White Matter Development: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, v. 169, n. 3, p. 211-219, March 2015. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2091622>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

BOWLBY, J. *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília: Congresso Nacional, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm. Acesso em 15 de nov. de 2015.

_____. *Lei Orgânica de Assistência Social: Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Brasília: Congresso Nacional, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social*. Resolução CNAS nº 269, de 13 de dezembro de 2006. Brasília: CNAS, 2007. Disponível em: <www.mds.gov.br/cnas/politica-e-nobs>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Orientações Técnicas sobre os Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*. 2. ed. Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1/2009, de 18 de junho de 2009. Brasília: CNAS; CONANDA, 2009a. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/orientacoes_tecnicas_final.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito à Convivência Familiar e Comunitária*. Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1, de 13 de dezembro de 2006. Brasília, CONANDA e CNAS, 2006.

_____. *Política Nacional de Assistência Social*. Resolução CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004. Brasília: CNAS, 2004.

_____. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília: CNAS, 2009b.

BRONZO, C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. *Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil*, Brasília, Unesco, 2009.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. N. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão de cidadania*. Brasília: Ipea, 2013.

FONSECA, C. *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez, 1995.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário de Psicanálise: Laplanche e Pontalis*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.

MAGNO, A. B; MONTENEGRO, E. Os órfãos do Brasil. *Correio Brasiliense*, Brasília, 9 de janeiro de 2002.

MARTINS, L. B; COSTA, N. R. A.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Acolhimento familiar: caracterização de um programa. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 47, p. 359-370, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Diretrizes de Cuidados Alternativos à Criança*. 11ª Sessão do Conselho de Direitos Humanos. Nova Iorque, 2009. Disponível em: <[http://www.neca.org.br/images/apresent._II%20seminario/Guidelines%20Portuguese%20-%20ONU%20CUIDADOS%20ALTERNATIVOS%20\(1\).pdf](http://www.neca.org.br/images/apresent._II%20seminario/Guidelines%20Portuguese%20-%20ONU%20CUIDADOS%20ALTERNATIVOS%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SILVA, E. R. A. *O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil*. Brasília: Ipea; CONANDA, 2003.

SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA NA PERSPECTIVA DOS DIREITOS HUMANOS

Heloiza Egas³⁶

*Servidora Federal da carreira de Analista Técnico de Políticas Sociais
Coordenadora-Geral de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças
e Adolescentes da Secretaria Especial de Direitos Humanos.*

O Marco Legal da Primeira Infância, sancionado em 08 de março de 2016 por meio da Lei nº 13.257, trouxe importantes avanços na legislação que protege as crianças brasileiras de 0 a 6 anos. Proposto pelo Deputado Osmar Terra, foi sendo aperfeiçoado a partir da articulação da SEDH com outros Ministérios, até chegar à versão aprovada. A construção de marcos legais e políticas públicas voltados para os direitos da infância é uma tarefa de grande complexidade, e o Brasil é um dos países que atualmente possui um das legislações mais avançadas em relação à proteção desses direitos. Além disso, vem desenvolvendo, nas últimas décadas, políticas públicas que contribuam para fortalecer a rede de proteção em todos os níveis da federação.

A Lei 13.257/2016 joga, portanto, o olhar específico para uma fase crucial do desenvolvimento humano, oferecendo uma resposta concreta aos avanços na produção do conhecimento científico acerca das importantes e velozes transformações pelas quais passa o indivíduo nos seus anos iniciais de vida. O marco legal é ainda resultado de um movimento extremamente atuante em prol da primeira infância, iniciado a partir dos anos 2000 no País. Em 2006 foi criada a Rede Nacional da Primeira Infância, de composição múltipla, agregando representantes de todos os segmentos da sociedade brasileira, no campo estatal e não estatal.

A partir dessa rede é que se começou a construção de uma proposta de políticas específicas para esse segmento, que resultou no Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) em 2010. O Conselho, enquanto órgão formulador e fiscalizador da implementação de políticas públicas voltadas para a infância, torna-se, então, um espaço estratégico para articulação e pactuação acerca de uma intervenção mais específica no seu segmento de atuação.

O PNPI se constituiu mais como um plano de princípios e diretrizes, e menos como um plano de metas, de objetivos. É um documento basilar que orienta a discussão em cima da construção de políticas públicas que possam responder às demandas relacionadas a esse tema. E também serviu para mobilizar e aglutinar setores da sociedade em torno da importância de se regular os direitos específicos dessa faixa etária, traduzindo o avanço das pesquisas científicas numa linguagem mais palpável para gestores e sociedade como um todo.

É inequívoco o avanço e a importância de um marco normativo específico para crianças na primeira infância. Assim, esse texto busca proceder a um apanhado dos principais avanços na produção do conheci-

36 Mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia. Participante da 4ª Turma do Programa Internacional de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância, promovido pelo Núcleo Ciência pela Primeira Infância em parceria com a Universidade de Harvard.

mento e sua recepção pela Lei 13.257/2016, bem como os desafios de implementação numa perspectiva de direitos humanos. Tal abordagem deve ser feita nos marcos da transversalidade e da articulação intersectorial das diversas políticas públicas voltadas para promoção e proteção de crianças e adolescentes, e também de seus cuidadores.

A Lei 13.257/2016 reconhece as necessidades específicas dessa faixa etária, em consonância com o princípio da proteção integral e o direito de ser protegida contra todas as formas de violência, sem que isso se configure uma prioridade dentro da prioridade absoluta já recepcionada pela Constituição Federal e pelo ECA. O Marco Legal da Primeira Infância visa promover, por meio de políticas públicas articuladas, o atendimento adequado às suas especificidades e estágio de desenvolvimento, reconhecendo-os enquanto sujeito e titular dos mesmos direitos fundamentais inerentes a toda pessoa humana³⁷, respeitando, porém, suas peculiaridades quanto às formas de expressão, linguagem, compreensão da realidade que o cerca, desenvolvimento corporal e biológico, entre outros.

Esse reconhecimento advém do desenvolvimento, nas últimas décadas, de pesquisas no campo da neurociência, aplicadas às ciências sociais, que demonstram que, apesar da melhoria em indicadores relacionados à mortalidade infantil, saúde física e nutricional das crianças, a potencialização do desenvolvimento do indivíduo vai além da saúde física, permitindo uma abordagem mais transversal e conectada com a sua integralidade humana. A produção de evidências científicas sobre o desenvolvimento cerebral ainda na vida uterina e, posteriormente, nos primeiros anos de vida, sugere que existem outros fatores a serem considerados na promoção de um desenvolvimento cognitivo, emocional e social saudáveis. Nesse sentido, a compreensão desses marcos de desenvolvimento e aquilo que se chama de “arquitetura do cérebro”³⁸ é fundamental para que a intervenção no campo das políticas públicas seja efetiva na promoção dos direitos de crianças e adolescentes, sob a perspectiva dos direitos humanos.

Vale lembrar também que, entre as décadas de 1970 e 1980, um importante movimento dentro da classe médica, o da Medicina Baseada em Evidências³⁹, que se desenvolveu particularmente no campo da obstetrícia, constatou que as condutas até então aceitas relacionavam-se ao aumento das taxas de mortalidade materna e fetal⁴⁰. Como resultado dessas pesquisas, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a iniciativa desse movimento e editou recomendações⁴¹ para as condutas no campo da obstetrícia, visando orientar práticas nacionais para uma melhor assistência ao binômio mãe-bebê⁴². Atualmente, as discussões no campo das políticas voltadas para a primeira infância também reconhecem a importância de uma boa assistência pré-natal, ao parto e ao pós-parto como parte das ações fundamentais para a promoção do desenvolvimento saudável de crianças nessa faixa etária.

A lei 13.257/2016 incluiu os direitos da gestante no ECA, reconhecendo que o bem-estar da mulher, nesse momento da vida é importante para receber um novo indivíduo que demanda cuidados intensos e ininterruptos. A lei modificou o ECA para garantir o acesso aos serviços de saúde de acordo com essas concepções,

37 Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069/1990, artigo 3º.

38 *National Scientific Council on the Developing Child* (2007). O período e a qualidade das experiências da Primeira Infância se combinam para moldar a arquitetura do cérebro: Documento de Trabalho nº 5. Disponível em: <http://www.developingchild.net>

39 A Medicina Baseada em Evidências surgiu como resposta à percepção por parte da classe médica de que as intervenções no campo da saúde careciam de maior respaldo em pesquisas acerca da eficácia dos procedimentos utilizados.

40 DINIZ, Simone Grilo, DUARTE, Ana Cristina. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: Editora UNESP, 2004.

41 Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/oms.html>

42 DUDA, Grazielle Rodrigues e EGAS, Heloiza. Pelo Direito Humano de Nascer: a violência obstétrica no Brasil na perspectiva dos Direitos Humanos. Brasil, 2013. Disponível em: <http://institutopauline.org/novo/pelo-direito-humano-de-nascer/>

incluindo o direito ao parto normal e à cesárea somente com indicações médicas específicas, acompanhando as orientações da OMS. Também prevê que os serviços de saúde se adaptem para fornecer orientações e incentivar a amamentação do bebê, de acordo com essas diretrizes, o que favorece o estabelecimento do vínculo materno, além de todos os benefícios relacionados à saúde física, melhora do sistema imunológico e a nutrição.

As pesquisas que vem sendo empreendidas nos últimos anos demonstram que o cérebro de uma criança, desde a vida no útero, opera em alta velocidade e intensidade, a partir dos estímulos que recebe do mundo exterior. Na primeira infância esse estímulo provém, fundamentalmente, dos adultos que cercam a criança, sejam seus genitores, responsáveis legais ou cuidadores/educadores. O Marco Legal da Primeira Infância, ao ampliar o período da licença paternidade de 5 para 20 dias reconhece a importância da presença paterna nessa interação. Diversas pesquisas demonstram a importância da participação do pai nos cuidados com o filho, desde a gestação e nos primeiros anos de vida, como fator que promove maior estabilidade emocional tanto para a criança como para a família.

A legislação, nesse tocante, contribui para promover mudanças culturais na sociedade, permitindo que os homens também tomem parte no desenvolvimento de uma vida humana em seus primeiros momentos e que as crianças tenham também o referencial masculino como uma possibilidade de cuidado. Além disso, a ampliação do tempo do pai junto ao filho possibilita a divisão entre homens e mulheres nas tarefas domésticas, de cuidado com a criança e é um primeiro passo para um maior equilíbrio nas relações de trabalho.

As medidas previstas na nova legislação partem do princípio que crianças na primeira infância necessitam de um ambiente seguro para se desenvolverem, marcado por interações estáveis e responsivas, para que possam tirar o melhor proveito dos marcos do seu desenvolvimento. A exposição precoce a situações de adversidade (que vão desde contextos de vulnerabilidade social até situações de abuso) interferem significativamente no desenvolvimento harmônico e saudável do ser humano. Nesse sentido, os achados no campo da ciência apontam para o fato de que *“experiências estressantes durante os períodos sensíveis alteram a função e arquitetura de circuitos neurais específicos, pois esses circuitos adaptam suas propriedades funcionais à adversidade que vem sendo vivida”*⁴³.

A neurociência vem dedicando também parte do seu tempo em empreender pesquisas que investigam o papel do estresse no corpo humano. As descobertas apontam para algumas

*(...) distinções entre o estresse positivo, que é uma parte essencial do desenvolvimento saudável, o estresse tolerável (isto é, grande adversidade que é administrada através de habilidades eficazes de enfrentamento, facilitadas pelo apoio de adultos) e o estresse tóxico (isto é, ativação excessiva e/ou prolongada dos sistemas de resposta ao estresse, na falta de proteção e amortecimento pelo apoio e cuidados atenciosos de adultos)*⁴⁴.

Assim, a presença de certo nível de estresse pode ensinar o cérebro de maneira positiva a lidar com as adversidades, construindo indivíduos mais resilientes no futuro. Trata-se da capacidade das crianças de lidar com frustrações que, por seu próprio grau de maturidade cognitiva e emocional, não estão treinadas a fazer. Mais uma vez sobressai o papel dos adultos que as cercam na interpretação dessas necessidades e na sua habilidade de prover respostas eficazes. Por outro lado, a contínua ausência de respostas acolhedoras por

43 Idem, p. 9.

44 SHONKOFF, Jack P. Aproveitando a biologia da adversidade para abordar as raízes das disparidades na saúde e desenvolvimento. Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard, Cambridge, 2012. Tradutor: Leonardo Abramowicz, p. 4.

parte dos adultos, a negligência e o abuso constroem aquilo que cientistas chamam de memória biológica, que nada mais é do que o condicionamento do cérebro a reagir ao ambiente que o cerca.

O desafio enfrentado pelos profissionais e formuladores de políticas não é a eliminação de todo o estresse, pois os níveis baixos de adversidade administrável demonstraram servir como uma forma de “inoculação de estresse”, que pode aumentar a resiliência mais tarde. Em vez disso, existe uma clara necessidade de intervenções melhores que fortaleçam a capacitação dos pais e de outros cuidadores adultos de ajudar a construir as capacidades de adaptação e as habilidades de enfrentamento de crianças cujas circunstâncias de vida impõem grandes ameaças ao seu bem-estar⁴⁵.

Contudo, é forçoso reconhecer que o cérebro, por outro lado, possui aquilo que cientistas chamam de “capacidade residual de plasticidade”, ou seja, a possibilidade de atenuar os efeitos de experiências estressantes, ainda que de forma mais onerosa e difícil para o indivíduo e seu entorno. E, também, que há uma parcela de imprevisibilidade sobre como o cérebro pode reagir a cada experiência estressante.

Por essa razão, o desafio no campo das políticas públicas para implementação do Marco Legal da Primeira Infância reside, primeiramente, na combinação entre o respeito à singularidade do indivíduo e a garantia de um ponto de partida mínimo em termos de direitos e oportunidades que devem ser oferecido a todos os indivíduos. Essa combinação, porém, só pode ser atingida quando a visão sobre o desenvolvimento infantil for capaz de considerar também o contexto em que a criança vive. Assim, o enfrentamento aos diversos tipos de violação de direitos de crianças e adolescentes ganha um contorno mais específico quando falamos em crianças na primeira infância.

Dados do Disque 100, serviço de utilidade pública que registra e encaminha denúncias de violações de direitos humanos contra diversos públicos específicos, recebeu, em 2015, mais de 80 mil denúncias de violação de direitos de crianças e adolescentes. A negligência (que de acordo com a tipologia utilizada pelo serviço inclui o abandono, a negligência em alimentação, amparo, higiene, assistência à saúde) responde por 72% das denúncias registradas, seguida da violência psicológica, com 45%, e da física, com 42%. E o recorte etário mais afetado, de acordo com o serviço, é justamente o de crianças na primeira infância, que representam mais de 25% das vítimas.

A violência contra crianças e adolescentes decorre de inúmeros fatores, entre eles a desigualdade nas relações de poder e força em relação aos adultos. E, na imensa maioria dos casos, a violência ocorre por parte daqueles que deveriam zelar pelo bem-estar desses indivíduos. E o que torna mais perverso esse tipo de violência, além do fato de partir de alguém que possui o afeto e a confiança da criança, é a dificuldade que ela possui de expressar a situação pela qual está passando, tornando mais complexa a intervenção e ampliando os prejuízos no longo prazo.

Sob esse aspecto, o Brasil tem avançado bastante nos últimos anos, com a aprovação de outras legislações que punem de maneira mais dura a violência contra crianças e adolescentes, a exemplo da Lei Menino Bernardo (Lei 13.010/2014), que estabelece o direito de todas as crianças e adolescentes de ser educados e cuidados sem o uso de violência física. A legislação é inovadora no mundo (o Brasil é um dos 49 países estados-membros da ONU que possui um marco normativo específico para essa finalidade) e avança na medida em que trabalha também sob a ótica da prevenção e do incentivo a relações entre genitores e seus filhos pautadas

45 idem, p. 6.

pelo diálogo e pelo afeto. Isso vai ao encontro do que a neurociência tem demonstrado como essencial para o desenvolvimento infantil: um ambiente seguro, estável e afetivo.

Na medida em que se reconhece a peculiaridade da primeira infância no processo contínuo do desenvolvimento humano do ponto de vista da velocidade e intensidade das transformações pelas quais os indivíduos passam, mais nítida fica a importância de que os adultos compreendam as demandas específicas das crianças nessa faixa etária. Essa percepção deve orientar políticas públicas que aprimorem a capacidade dos adultos em compreender os estágios de desenvolvimento infantil e suas respectivas demandas, bem como possibilitar que a promoção e a proteção dos direitos desses sujeitos ocorra de forma ampla no âmbito da família, da comunidade e dos serviços.

Um exemplo prático é o cuidado com o bebê quando a mãe, que via de regra atua como a cuidadora principal na maioria das situações, precisa voltar ao trabalho. No Brasil, as mulheres possuem licença maternidade entre 4 e 6 meses, a depender do vínculo empregatício, e, para muitas, findo esse período não existe outra alternativa a não ser retornar ao emprego, deixando a criança ou aos cuidados de terceiros, ou numa instituição. Para que essa alternativa esteja conectada com as necessidades da criança, o atendimento adequado nas instituições de cuidado, como as creches, e escolas de educação infantil, é tão importante quanto a orientação aos pais e mães, pois uma creche com atendimento inadequado pode ser tão danosa quanto um lar violento. Além disso, em casos patentes de abuso, a rede de proteção deve estar preparada para reagir ao fato de que

(...) prolongados processos decisórios deixam as crianças pequenas vulneráveis aos impactos adversos de estresse significativo, durante os períodos sensíveis do início do desenvolvimento do cérebro. Os efeitos poderosos e de longo alcance de ambientes e experiências fortemente adversos sobre o desenvolvimento do cérebro, deixam bem claro que o tempo não está do lado de uma criança maltratada ou negligenciada cuja custódia física e emocional permanece sem solução em um processo burocrático lento⁴⁶.

Assim, a capacidade de atender a necessidades específicas, bem como reverter processos de exposição à violações de direitos é essencial para potencializar o desenvolvimento desses sujeitos, além de prevenir a ocorrência de situações de violência e abuso. São necessárias habilidades para conhecer os diversos estágios de desenvolvimento infantil, a possibilidade de prevenção de agravos, doenças e violências, além da capacidade de compreender as diferentes formas de expressão infantil, que não se dá, na maioria das vezes, apenas pela linguagem. O novo marco legal prevê, a partir do treinamento específico, o acompanhamento por toda a rede de atendimento, o acompanhamento da família, a orientação aos pais sobre temas pertinentes a essa faixa etária e a possibilidade de visitas domiciliares, especialmente pela rede de saúde.

Na última década, a introdução de políticas de superação das desigualdades sociais beneficiaram sobretudo as crianças na primeira infância, sendo possível observar melhoria dos indicadores de saúde física de crianças beneficiadas pelo Bolsa Família, em relação à estatura e a mortalidade infantil. Além disso, a redução nas taxas de extrema pobreza é mais acentuada para crianças na primeira infância. A melhora nos indicadores de saúde física e de pobreza colocou o Brasil em outro patamar quando se trata de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento da primeira infância. Superado o desafio da sobrevivência, agora é hora de voltar a atenção para outras dimensões da promoção de direitos e proteção contra a violência.

46 National Scientific Council on the Developing Child (2007). O Período e a Qualidade das Experiências da Primeira Infância se Combinam para Moldar a Arquitetura do Cérebro: Documento de Trabalho nº 5. <http://www.developingchild.net>, p. 12.

Por essa razão, o desafio na implementação da lei 13.257/2016 está justamente em garantir a manutenção das ações existentes e que produziram efeitos exitosos na vida das crianças brasileiras, e avançar para a promoção de seus direitos nas demais dimensões.

Para a garantia da proteção integral de crianças na primeira infância, sob a ótica dos Direitos Humanos, é fundamental, porém, que esse conjunto de ações em andamento, além das demais estabelecidas na Lei 13.257/2016, sejam operacionalizadas de maneira articulada entre si, considerando os arranjos territoriais locais e as especificidades de cada criança em sua respectiva fase de desenvolvimento. O novo dispositivo legal já inclui, em si, possibilidade de criação de instância intersetorial de articulação das diversas áreas governamentais responsáveis por esses direitos, fundamental para promover o trabalho integrado entre os diversos agentes públicos que são responsáveis pela promoção e proteção de direitos de crianças na primeira infância.

Há um provérbio africano que diz que “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”, o que expressa uma sabedoria ancestral sobre a importância das interações sociais e afetivas na formação do ser humano, além da ideia de que o desenvolvimento nas diversas fases é um *continuum*, e a atenção em cada momento da vida interfere no resultado do momento seguinte. O encadeamento de diversas ações em prol de crianças na primeira infância sob um marco legislativo próprio, é um passo fundamental para a construção de uma sociedade formada por indivíduos que sejam socialmente produtivos e emocionalmente saudáveis e responsivos.

A PRIMEIRA INFÂNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS

Antonio Carlos Ozório Nunes

*Promotor de Justiça da Infância e Juventude de Taubaté – SP
Mestre em Direito das Relações Sociais pela PUC-SP*

*Membro do Centro de Apoio da Educação do Ministério Público do Estado de São Paulo
Membro Colaborador da Comissão da Infância e Juventude do Conselho Nacional do Ministério Público*

A partir da Constituição Federal (1988) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) profundas mudanças têm ocorrido no campo dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. As transformações têm sido importantes e paradigmáticas, destacando-se a consolidação do sistema de garantia de direitos; a descentralização participativa da sociedade nos assuntos da criança e do adolescente, com a criação e fortalecimento dos Conselhos de Direitos e Tutelares, entre outros; a implantação de políticas de atendimento com a participação popular; a concepção de trabalho articulado em rede; o fortalecimento dos fundos; a criação de subsistemas normativos que se incorporaram ao ECA, tais como a Lei da Convivência Familiar e Comunitária (Lei nº 12.010/09) e a Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Lei do Sinase – 12.594/12), entre outras.

O desafio é avançar na consolidação desses direitos. Para tanto, sugere-se criação de um subsistema legislativo específico destinado a fortalecer as diretrizes e as políticas públicas especialmente focadas para o segmento da Primeira Infância. Não se trata de fragmentar a consolidação dos direitos da criança e nem de privilegiar esse grupo, mas sim trazer um olhar mais atento para as políticas visando condições de plena garantia ao desenvolvimento infantil, visto a relevância deste período para todo desenvolvimento posterior.

Também sugerimos mais ações preventivas, através de uma maior articulação das redes de serviços de atendimento, bem como mais fiscalização e indução de políticas, por parte de atores do Sistema de Justiça, sobretudo por parte do Ministério Público.

Apesar de todos os avanços, os desafios são muitos, principalmente para a primeira infância. Hoje temos quase vinte milhões de crianças de 0 a 6 anos no Brasil, correspondendo a pouco mais de 10% da população do país. Desse total, temos por volta de onze milhões na faixa etária que vai de 0 a 3 anos, chamada de “primeiríssima infância”. Esses números gigantescos são maiores que a população de muitos países e, por si só, representam um grande desafio para a implantação de políticas públicas (MARINO; PLUCIENNIK, 2013, p. 16).

O Brasil possui dívidas históricas com a Primeira Infância, principalmente na área da educação, com a crônica ausência de vagas em creches, além de falta de moradia, de saneamento básico adequado, entre outras disparidades sociais que afligem milhões de crianças pobres, principalmente as negras. Quando pensamos em pleno desenvolvimento da criança lembramos-nos do artigo 227 da Constituição Federal, que contempla o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, entre tantos outros.

Dada a limitação do nosso trabalho daremos um enfoque global do direito ao pleno desenvolvimento; faremos algumas reflexões sobre direito à convivência familiar e comunitária, à educação, ao brincar e à importância das redes protetivas, com alguns apontamentos sobre os desafios do sistema de justiça frente a estas questões.

1. A PRIMEIRA INFÂNCIA E O DIREITO AO PLENO DESENVOLVIMENTO

1.1. Prioridade ao desenvolvimento da primeira infância

O direito ao pleno desenvolvimento é previsto na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, ratificada pelo Brasil em 1993. O artigo 6º da Convenção estatui que os Estados Partes assegurarão ao máximo o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento, e o artigo 27 reafirma que “os Estados Partes reconhecem o direito de toda criança a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social”.

É preciso pensar um mundo para as crianças que seja repleto de garantias para o integral desenvolvimento de todos os aspectos da sua personalidade, permitindo que elas tenham uma boa base para o desenvolvimento de suas capacidades em um ambiente seguro e adequado, com amplo acesso a todos os bens e direitos da vida, com saúde, nutrição, saneamento, educação, lazer, entre outras intervenções que lhe propiciem amplo desenvolvimento.

A ciência já identificou que do final da gravidez aos primeiros anos de vida há uma curva ascendente no desenvolvimento cerebral, nos quais as conexões sinápticas são mais propícias, e neste período a criança deve vivenciar estímulos que vão lhe proporcionar vantagens ao longo da vida (MARINO; PLUCIENNIK, 2013, p. 31). Estudos realizados por neurocientistas como Fraser Mustard e Jack Shonkoff comprovam que a Primeira Infância é a fase em que o cérebro humano possui maior plasticidade, ou seja, uma maior facilidade de estabelecer conexões entre as células nervosas que em relação à idade adulta (FMCSV, 2013, p. 52). Para o pleno desenvolvimento de aptidões, habilidades e construção da inteligência, esta fase precisa de oportunidades e de estímulos, além de conteúdos lúdicos para a socialização e a melhoria das experiências sensoriais e motoras.

Se por um lado o período da Primeira Infância é de grandes oportunidades para a plenitude da vida de uma pessoa, é também de muitas vulnerabilidades e de extrema suscetibilidade às influências negativas. A pobreza, o abandono, a violência, a falta de estímulos, o descuido e a desnutrição afetam significativamente as crianças e as impedem de atingir seu pleno potencial como pessoa humana, gerando perdas do ponto de vista individual, social, econômico, de bem-estar e de saúde pública para o país.

A garantia ao pleno desenvolvimento infantil é uma prioridade para a agenda de qualquer país, a demandar investimentos mais focados para esta área. Dados do UNICEF apontam que o custo-benefício do investimento na Primeira Infância é elevado, pois, para cada dólar gasto para a melhoria do desenvolvimento infantil, há um retorno de quatro a cinco vezes em relação ao valor investido, comprovando a importância da intervenção precoce (UNICEF, 2014).

1.2. Investimentos na Convivência Familiar e Comunitária

É na Primeira Infância que se estabelecem as bases para a organização emocional da criança e é neste período que devem ser estimulados os vínculos afetivos e as interações familiares que possam levar ao desen-

volvimento saudável. A família é a principal responsável por este processo, pois ela é referência de cuidado, afeto, pertencimento e proteção.

Toda criança tem direito de viver numa família e é dever da sociedade e do Estado prevenir situações de risco que possam afetar esse direito, assim como envidar ações visando o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

As famílias precisam ser habilitadas e capacitadas para uma educação e um cuidado sistêmico para com a criança. Elas precisam saber que tão importante quanto a saúde física é a qualidade do afeto, do carinho, do brincar, da estimulação cognitiva, da interação, do descanso, do lazer, em suma, do cuidado integral e atento. As famílias precisam de informação e formação.

De acordo com estudos da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, os conhecimentos proporcionados pelas neurociências reforçam os argumentos do valor dos cuidados nos primeiros anos de vida e, para que o processo de desenvolvimento integral ocorra, três condições são fundamentais: a existência de uma estrutura neurobiológica, a estimulação adequada e o afeto. A estrutura neurobiológica que participa deste processo é o cérebro, que precisa de estimulação adequada vinda do ambiente, sobretudo realizada pelos pais (FMCSV, 2013, p. 13).

Segundo estudos coordenados por Saul Cypel, a criação e o cuidado têm um poder decisivo na formação da capacidade de aprendizado e de controle emocional de uma pessoa:

As maneiras como os pais, as famílias e outros cuidadores irão relacionar-se com as crianças pequenas, assim como a mediação que fazem entre a criança e o ambiente, poderão afetar diretamente os circuitos neurais. Um ambiente de relações estáveis, estimulantes e protetoras com cuidadores atentos e carinhosos parece ter uma função biológica protetora contra traumas e o estresse, e construir um terreno sólido para uma vida de aprendizado efetivo (CYPEL, 2011, p. 20).

Os estudos apontam que o cérebro humano adapta-se às diferentes experiências e estímulos e a família é essencial neste processo. Por esses motivos, famílias em situação de vulnerabilidade e instabilidade necessitam de especial atenção, para que os vínculos entre pais e filhos não sejam rompidos. O vínculo é extremamente importante para o desenvolvimento humano. O artigo 87, inciso VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente exige políticas e programas específicos para prevenir ou abreviar o afastamento do convívio familiar e garantir convivência familiar de crianças e adolescentes e o poder público deve ter ações, programas e estratégias para proteger crianças e adolescentes que se encontrem com os vínculos familiares e comunitários fragilizados.

As políticas públicas com ações multidisciplinares, com forte apoio de ações da Assistência Social à família, são essenciais para superar as dificuldades usualmente existentes nas relações familiares, buscando sempre a manutenção e o resgate dos vínculos familiares tanto na família natural ou na família extensa (ampliada). E, quando isto não se mostrar possível, promover novos vínculos, por meio de famílias acolhedoras ou adotivas.

Essa atenção multidisciplinar e intersetorial deve ser articulada com os atores do Sistema de Garantia de Direitos e de toda rede protetiva. Além das ações já sugeridas, é necessária criação e o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Convivência Familiar, conforme a Resolução conjunta 01/10 do CONANDA e CNAS. Essas comissões devem ser preventivas, para avaliação de casos de situações de risco, sem acolhimento institucional, e reativas, para avaliação de casos de crianças e adolescentes já acolhidos.

O atendimento às famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação aos serviços públicos e/ou fragilização de vínculos relacionais e de pertencimento social devem ser prioritários e a

atenção do poder público deve ser plena. Para as mães com problemas de saúde mental, tais como dependentes químicas ou com perturbações durante o estado puerperal, esta atenção deve ser urgente e diferenciada.

O mesmo se diga para os filhos de mães presas. Para essas crianças é preciso garantir o direito à amamentação no primeiro ano de vida e permitir o direito à convivência familiar com a família extensa, enquanto perdurar a prisão da mãe. Hoje alguns espaços têm sido disponibilizados nos sistemas prisionais, mas é possível avançar numa política que garanta melhor esse direito.

O importante é evitar, sempre, a colocação de crianças em entidades de acolhimento, pois estas podem trazer, via de regra, efeitos negativos indelévels na vida de uma criança. Por isso, todo apoio, orientação e suporte deve ser dado à família natural a fim de permitir a manutenção de crianças e adolescentes no ambiente familiar, nuclear ou na família extensa e, em situações excepcionais, em famílias substitutas (guarda, tutela ou adoção). As institucionalizações em entidades de acolhimento somente poderão existir em situações absolutamente necessárias, nas hipóteses legais, e devem ser feitas pelo menor período de tempo possível; para a primeira infância é um mal a ser enfrentando com prioridade total. Como citado no Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (BRASIL, 2004):

Nos primeiros cinco anos e, sobretudo, no primeiro ano de vida, as crianças são particularmente vulneráveis à separação de sua família e ambiente de origem. Porém, apesar do sofrimento vivido, se um substituto assume o cuidado e lhe proporciona a satisfação de suas necessidades biológicas e emocionais, a criança pode retomar o curso do seu desenvolvimento (BOLWLB, 1988; DOLTO, 1991; SPITZ, 2000).

Os estudos de Charles Nelson, professor de Pediatria e Neurociência da Escola de Medicina de Harvard, mostram que as experiências negativas vivenciadas nos primeiros anos de vida ficam registradas no cérebro. Baseado em estudos com crianças romenas que passaram a infância em abrigos, submetidas a poucos estímulos cognitivos ou vínculos afetivos, ele concluiu que a diferença do Quociente de Inteligência (QI) dessas crianças institucionalizadas, se comparadas com aquelas que cresceram com as suas famílias ou foram integradas em famílias substitutas, era da ordem de 30 pontos (MARINO; PLUCIENNIK, 2013, p. 31).

Em relação à institucionalização de crianças na primeira infância, especialmente até os três anos, uma interessante alternativa é a organização de programas de acolhimento familiar, estimulados pelo Poder Público por meio de assistência jurídica, incentivos fiscais e subsídios, conforme já prevê o artigo 34 do ECA. Este artigo é reforçado por dois parágrafos acrescidos ao ECA pelo art. 28 do Projeto de Lei da Primeira Infância:

§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, que deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas, que não estejam no cadastro de adoção.

§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora (NR).

Essa modalidade de acolhimento ainda é pouco usual no Brasil, embora já consolidada nos Estados Unidos da América e em países europeus, e deve ser incentivada por todos e cobrada pelos atores do Sistema de Justiça, pois permite que o atendimento seja feito com atenção individualizada, em ambiente familiar.

Para concluir este tópico, lembramos a necessidade de que todos os municípios tenham Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária e possuam política ou programa municipal de direito à convivência familiar/comunitária. Cabe aos órgãos do Sistema de Justiça, sobretudo ao Ministério Público, cobrar a implementação desses planos em cada município.

1.3. Educação Infantil

1.3.1. O desafio da oferta de vagas em creches e a universalização da pré-escola

A educação é a construção contínua do ser humano e a integração de todas as dimensões da nossa vida: dos saberes, das aptidões, das habilidades, da capacidade de discernimento e de ação. Educar é contribuir para o aperfeiçoamento intelectual, profissional e emocional do ser humano. A ciência tem mostrado que os primeiros anos de vida são extremamente fecundos para a educação do ser humano, pois são os períodos mais sensíveis à aprendizagem.

A educação infantil é a primeira etapa da educação básica. Abrange as creches, para crianças de até três anos de idade, e as pré-escolas para crianças de quatro e cinco anos (artigos 29 e 30 da LDB). Todas as crianças nestas faixas etárias têm direito à educação infantil e para a pré-escola há a obrigatoriedade prevista a partir da Emenda Constitucional nº 59, de 2009.

A creche é um direito da criança, opção da família e dever do Estado. O direito à creche é a oportunidade que permite a inclusão social de milhões de crianças pobres do nosso imenso país, cujos pais são trabalhadores. Essas crianças têm na educação infantil a principal possibilidade de aprendizado e estímulo, de interação, de convívio com outras crianças, de brincar, em suma, de mais possibilidade de desenvolvimento integral. Ter condições plenas de acesso à educação infantil é ter direito à igualdade de oportunidades, gerando mais igualdade social para essas crianças.

O grande desafio brasileiro é garantir o acesso à educação infantil. O Plano Nacional de Educação, aprovado pela Lei nº 13.005/14, prevê a ampliação, até 2024, da oferta para atender até 50% da população até três anos e a Constituição Federal tem como meta a universalização até 2016 (art. 208, I, da CF) em todos os municípios brasileiros. O marco legal da Primeira Infância (PL 6.998/2013 – PLC 014/2015) corrobora esta meta, em seu art. 16, enfatizando a importância da oferta de educação de qualidade, com equipamentos adequados, profissionais qualificados, currículo e materiais pedagógicos adequados à proposta educacional.

1.3.2. Creches: a superação do assistencialismo para o avanço na qualidade educacional

Além do esforço para a oferta de vagas, temos que avançar na questão da qualidade, pois nas creches brasileiras ainda predomina o atendimento meramente assistencialista, com a criança recebendo apenas cuidados básicos, sem perspectivas de melhoria de vida e de crescimento sociocultural, ou seja, sem preencher minimamente as condições necessárias para uma educação no sentido pleno.

No passado, a educação infantil tinha como função principal dar assistência às crianças em situação de pobreza, para que os pais pudessem trabalhar. Embora do ponto de vista normativo exista esse duplice aspecto, de direito fundamental da criança à educação e também direito dos pais trabalhadores, como está

presente no artigo 7º, XXV, da Constituição da República, felizmente esta visão assistencialista vem sendo superada aos poucos e equilibrada com a qualidade educacional. Os Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil (BRASIL, 2006) apontam a importância do trabalho conjunto entre o cuidar e o educar.

A qualidade passa pela quantidade de crianças por sala; pela adequada infraestrutura dos prédios; materiais adequados para o contexto de creche; pela formação inicial de professores no tema desenvolvimento infantil; um currículo adequado para a Educação Infantil e que se constitua num projeto pedagógico que defina as orientações e ações educacionais. É imperioso que nesta etapa o currículo seja diferenciado e o ensino trabalhe diversos temas, incluindo jogos e brincadeiras, trabalhos em grupo, desafios apropriados à faixa etária, expressões corporais, coordenação motora, identidade, linguagem musical, exploração do ambiente, atividades artísticas, oficinas recreativas, entre outros.

Diante do enorme desafio da oferta de vagas, sobretudo em creches de período integral, sustentamos a importância de um esforço articulado para a garantia, pelo menos, de creches em tempo parcial, com estímulos à boa convivência familiar no restante do tempo.

1.3.3. Educação infantil inclusiva

A Declaração Universal dos Direitos Humanos destaca, no artigo XXVI sobre o Direito Humano à Educação, que: “1. Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, esta baseada no mérito”.

Apesar desta previsão, no campo dos direitos, a inclusão tem levado décadas para se institucionalizar e somente a partir dos anos 90 começamos a adotar a concepção de educação inclusiva, sobretudo com a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990), com a Declaração de Salamanca (1994) e com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008).

A escola do presente e do futuro deve ser inclusiva, ou seja, permitir que os alunos em geral vivenciem as diferenças e que aqueles discriminados por qualquer motivo, como cor, etnia, religião, orientação sexual, classe social e por eventuais deficiências (necessidades educacionais especiais) ocupem o seu espaço na sociedade e sejam cidadãos. Toda criança e adolescente têm o direito à educação na diversidade, garantindo-se o seu aprendizado de acordo com suas potencialidades (art. 208, V, CF).

O artigo 206 da Constituição Federal diz que o ensino será ministrado com base em alguns princípios e o primeiro deles é a “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (art. 206, I). Este princípio refere-se ao direito de todos à educação, ou seja, ao direito de acesso à escola (acessibilidade).

Direito ao acesso significa não haver nenhuma medida discriminatória para o ingresso ao sistema de ensino, com o fornecimento de vagas para todos, transporte escolar gratuito, acessibilidade física dos prédios com eliminação de barreiras físicas e, por fim, direito à educação ao alcance de todos, independentemente da situação financeira de cada um.

Apesar de toda evolução no campo jurídico, na prática ainda estamos lentos na questão da educação inclusiva. Pessoas com deficiência têm sido excluídas da escola por dificuldades de condições de acesso ou de permanência, e esta dificuldade se revela, principalmente, em razão de preconceitos e mitos relacionados a essas pessoas. Por isso, é urgente o enfrentamento à barreira atitudinal para quebrar essas resistências.

Apesar de alguns avanços positivos em relação ao acesso, as políticas públicas para a permanência da pessoa com deficiência nas escolas têm sido tímidas. Para tanto, é preciso garantir o atendimento educacional

especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 206, III, da Constituição).

O Atendimento Educacional Especializado (AEE), conforme Decreto Federal nº 7.611/11, corresponde ao conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos, organizados institucional e continuamente. O AEE deve ser complementar ou suplementar ao período de escolarização regular e deverá ser prestado, preferencialmente, na mesma escola onde o aluno com necessidades educacionais especiais estiver matriculado.

Em suma, para garantir o direito de todos à educação, faz-se necessário reduzir barreiras culturais, físicas e sociais e disponibilizar eventuais suportes que permitam aos indivíduos, respeitadas as diferenças, o pleno desenvolvimento pessoal, como, por exemplo, material em *braille* para cegos, intérpretes de libras para surdos, prédios fisicamente acessíveis, profissionais (cuidadores) que auxiliem alunos sem autonomia para cuidados da vida diária, tais como higiene e alimentação.

A inclusão de todos na escola deve começar na educação infantil, o melhor momento para se trabalhar a diversidade. Para tanto, é necessário superar alguns desafios e realizar algumas ações para o acesso de todos à escola, sobretudo com cobranças por parte do Ministério Público para essas políticas de inclusão. Vejamos algumas sugestões de atuação, especialmente aos operadores do Sistema de Direitos:

- Buscar a priorização das matrículas para as pessoas com deficiência;
- Fomentar a melhoria dos espaços físicos, com a eliminação de barreiras arquitetônicas, com o Atendimento Educacional Especializado Integrado, a adoção de materiais pedagógicos adaptados, a existência de profissional de apoio ao aluno com deficiência (formação mínima prevista no artigo 62 da Lei de Diretrizes e Bases), a existência de sala de recursos multifuncional, entre outras que se fizerem necessárias;
- Mobilizar toda a comunidade escolar para agir na perspectiva da educação inclusiva, com o envolvimento dos conselhos escolares, grêmios estudantis e todos os demais atores;
- Realizar diagnósticos para verificar os motivos da não inclusão dos alunos que frequentam escolas e classes especiais;
- Cobrar das escolas o desenvolvimento e a implementação da educação inclusiva no Projeto Político Pedagógico, que deve fazer parte do planejamento de toda unidade escolar;
- Incentivar a realização de um planejamento de acessibilidade com relação às escolas públicas de cada município;
- Exigir dos sistemas estadual e municipal a capacitação dos educadores das salas de recursos multifuncionais e prestar os suportes necessários para o acesso, permanência e aproveitamento do aluno com necessidades especiais;
- Estimular a criação e/ou funcionamento do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência.

Investir na Primeira Infância, com uma atenção destacada às crianças com deficiência, é uma iniciativa pública que demonstra responsabilidade e promoção de justiça social. Além de educação, essas crianças precisam de um cuidado diferenciado. Como observou Leonardo Boff (1999, p. 33): “o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”. Ter um cuidado diferenciado com quem precisa de mais cuidado é um dever de todos

nós e a escola é o local ideal para garantir o direito de todos à educação, com políticas sérias e universais de acessibilidade, inclusão e permanência.

1.3.4. Livros para todos

A leitura para crianças, mesmo antes do nascimento, traz a importância da palavra e as colocam em outras dimensões das linguagens oral e escrita, essenciais para o seu desenvolvimento. O exemplo dessa importância é que desde sempre, em todos os povos, existem as tradições orais, manifestadas pelos contos, cantigas de ninar e acalantos que são transmitidos de geração a geração. São formas importantes de “leituras” que reforçam a estrutura emocional e psíquica das crianças.

É preciso multiplicar os projetos de estímulo à leitura para crianças da primeira infância e criar uma cultura de leitura em berçários, creches, escolas, centros de lazer e outros espaços, ainda que o público seja formado apenas por bebês. Um amplo programa governamental e social deve ser feito para a existência de livros diversos nestes espaços.

Também podemos incentivar a criação desses espaços de leitura nos bairros e comunidades, visando estimular a leitura, desde cedo, para o maior número possível de crianças. A criação desses espaços de leitura pode ser feita em igrejas, centros comunitários, sedes de ONGs e contar com o apoio de empresas, entidades do terceiro setor e sociedade civil de forma geral, através de projetos que possam ser priorizados pelos Fundos da Infância. Isso pode ser feito com ampla mobilização popular, conscientização social e empresarial para a doação a estes fundos, que permitem dedução fiscal tanto de pessoa jurídica quanto de pessoa física. Essas mesmas formas de financiamento também podem ajudar projetos para a multiplicação de contadores de histórias nas comunidades mais desassistidas, o que pode ser feito por voluntários.

Além desses espaços de leitura, as sociedades de bairros podem fazer campanhas de doação, circulação e empréstimos de livros para todos aqueles que se cadastrarem no programa de leitura da comunidade, tal como programas de Círculos do Livro. É simples, barato e incentiva a participação de todas as crianças na leitura.

Os atores do Sistema de Justiça devem realizar amplas mobilizações e campanhas em cada município para doações ao Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente visando financiar diversos projetos, entre os quais o de fomento à leitura para crianças.

1.3.5. Os desafios do Sistema de Justiça em relação à Educação Infantil

O Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) realizou, em setembro de 2014, a Ação Nacional pela Educação Infantil, projeto que representa um marco no Planejamento Estratégico Nacional do Ministério Público. Através dessa ação, busca-se unidade e integração no âmbito do Ministério Público brasileiro na luta pela oferta de vagas em creches, universalização da pré-escola, educação infantil inclusiva e escola de qualidade para todos.

Com a Ação Estratégica Nacional, o CNMP pretende que os Ministérios Públicos passem a dar uma atenção especial à Educação Infantil, especialmente nos seguintes pontos: a) priorizar a criação e implantação de Centros de Apoio Operacional exclusivos para dar suporte aos membros do Ministério Público nas questões de Educação, bem como a criação de Promotorias com atuação Exclusiva em Educação; b) incluir esta temática nos cursos de formação e atualização dos membros e servidores, bem como no planejamento estratégico das unidades; c) fomentar a atuação dos membros do Ministério Público na defesa do Direito à Educação Infantil; d) realizar ações coordenadas para o aumento da oferta de vagas em creches, com vistas a

ampliar a oferta para o atendimento da demanda manifesta, bem como visar o atendimento até 2024 de no mínimo 50% da população de 0 a 3 anos; e) realizar esforços para a garantia da universalização da pré-escola, obrigatória para crianças de quatro a cinco anos (artigo 208, I, da CF), até 2016, em todos os municípios brasileiros; e, por fim, f) investir na educação infantil inclusiva.

O Ministério Público tem o dever institucional de defender a ordem jurídica e zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública destinados à efetivação dos direitos assegurados às crianças e adolescentes pela Lei e pela Constituição Federal, observados os princípios da proteção integral e da prioridade absoluta inerentes à matéria.

Entretanto, para avançar nessa frente pela Educação Infantil, a luta precisa ser de todos os atores, com destaque para os órgãos de defesa da sociedade e dos hipossuficientes. Entre estes órgãos destacam-se os Ministérios Públicos e as Defensorias Públicas, que devem atuar cada vez mais em conjunto e em parceria. Essa atuação conjunta, por exemplo, é essencial para o levantamento da demanda manifesta em cada município; para articular iniciativas e ações conjuntas, no âmbito extrajudicial e em juízo; para articular acordos visando à expansão do atendimento em médio prazo, de acordo com as necessidades e possibilidades econômicas do Município.

1.3.6. Outras ações imprescindíveis para a melhoria da Educação Infantil

a. **Conselhos da Educação:** é dever de todos verificar a existência e a regularidade dos Conselhos Municipais relacionados à Educação, a saber: Conselho Municipal de Educação, Conselho do Fundeb e Conselho da Alimentação Escolar. É necessário verificar o efetivo funcionamento desses Conselhos. Em regra, eles têm sido apenas uma realidade jurídico-formal ou um instrumento nas mãos do Chefe do Executivo. Isto se deve a diversos problemas sociopolíticos e culturais que vão desde a falta de tradição participativa da sociedade civil no controle das atividades políticas e negócios públicos, até a arraigada concepção dos conselhos como órgãos formais, necessários apenas para captar recursos financeiros.

Por isso é atribuição dos órgãos de controle social e de controle externo, especialmente do Ministério Público, verificar a lei respectiva que criou o Conselho, consultar os regimentos internos para aferição de sua eficácia e funcionalidade. Deve-se cobrar e exigir estruturas adequadas de funcionamento para estes Conselhos, junto ao Executivo, e cobrar dos conselheiros uma postura mais compatível com a grandeza das suas atividades, como representantes do controle social. Os Conselhos precisam, efetivamente, ser mais operantes e eficientes nas suas missões, o que não tem ocorrido, salvo poucas exceções.

O controle social é muito importante, pois transfere parcela da responsabilidade fiscalizatória à sociedade civil. Contudo, para a sua eficácia, é necessária uma intensa mobilização popular e campanhas de esclarecimento de toda a população acerca da importância desse papel, para que os conselheiros possam ser cobrados na sua missão institucional.

b. **Plano de Carreira do Magistério:** é necessário verificar a não criação/implantação do Plano de Carreira dos Profissionais da Educação Básica em cada município. Essa é uma irregularidade ainda comum, em grande parte dos Municípios brasileiros, em descumprimento ao dever constitucional. É preciso checar se o Município implantou o Plano de Carreira e Remuneração dos profissionais de Educação Básica, conforme exigência dos seguintes dispositivos constitucionais e legais: art. 206, V, da CF, art. 40 da Lei nº 11.494/2007, art. 67 da Lei nº 9.394/1996, e item 10.3.1 do Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172/2001).

Conforme dispõe o artigo 40 da Lei nº 11.494/07, o plano de carreira busca assegurar: a) a remuneração condigna dos profissionais na educação básica da rede pública; b) integração entre o trabalho individual e a proposta pedagógica da escola; c) a melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem.

Cabe ao Ministério Público tomar as medidas extrajudiciais ou judiciais para a implementação do Plano de Cargos de Carreira e Remuneração dos Profissionais da Educação Básica em cada município.

c. Fiscalização do financiamento da educação: é necessário zelar pela correta aplicação das verbas de financiamento da educação básica. O artigo 212 da Constituição Federal estatui que “a União aplicará, anualmente, nunca menos de dezoito, e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, vinte e cinco por cento, no mínimo, da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino”. Os artigos 68 e seguintes da Lei nº 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) tratam dos recursos financeiros destinados à educação.

Atualmente, o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) é a principal fonte atual de financiamento da educação brasileira e cobre toda a Educação Básica, que abrange a educação infantil, ensino fundamental e médio, além de classes segmentadas, como a Educação de Jovens e Adultos, educação indígena, profissional, do campo e educação especial.

Ao longo dos seus primeiros anos de existência, o Fundeb promoveu significativos avanços na Educação Básica, sobretudo para a Educação Infantil, pois o aluno matriculado passou a ser uma espécie de “unidade monetária”, convertendo-se em mecanismo indutor da expansão quantitativa do atendimento educacional: “mais matrículas, mais dinheiro”, resultando numa significativa ampliação de vagas.

Por outro lado, as verbas do Fundeb são as que mais indevidamente são utilizadas pelos gestores, pois é comum prefeituras utilizarem-se de tais recursos para custear despesas alheias à manutenção e desenvolvimento da educação básica, contrariando o artigo 21, § 1º, da Lei nº 11.494/2007, sem contar as frequentes fraudes, corrupções e desvio de recursos em diversos municípios brasileiros.

É preciso ao Ministério Público, aos demais órgãos de controle externo, como as Controladorias e Tribunais de Contas, bem como à sociedade civil, através do controle social, atuar preventiva e repressivamente para um bom controle dessas verbas: é inadmissível qualquer desvio de verbas, sobretudo aquelas destinadas à educação infantil. Para tanto, diversas ações podem ser feitas, entre as quais: a) zelar, com o apoio dos Conselhos ligados à educação, pelo orçamento detalhado da Educação Básica em cada município, pois orçamentos genéricos permitem desvios e fraudes e dificultam o acompanhamento de sua execução; b) cobrar e fiscalizar a transparência da folha de pagamentos das Secretarias de Educação; c) fiscalizar, ou cobrar para que os Conselhos fiscalizem a aquisição de bens e a prestação de serviços ligados à Educação, pois aqui é que ocorrem muitas fraudes; d) acompanhar e fiscalizar a eficiência nos trabalhos dos Conselhos do Fundeb, que exercem o controle social sobre essas verbas e os respectivos gastos, como já mencionamos acima.

Para eficiência nas ações de fiscalização é necessário que a sociedade civil esteja articulada para este fim. É preciso contar com o apoio do Ministério Público e com o acompanhamento intenso das atividades dos Conselhos Municipais ligados à Educação.

1.4. Direito de brincar

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança reconhece expressamente, no artigo 31º, o direito ao “lazer, ao divertimento e às atividades recreativas próprias da idade”, e o ECA também estatui, no artigo 16, IV, sobre o direito de “brincar, praticar esportes e divertir-se”. Brincar é um direito porque está ligado ao desenvolvimento integral da criança; com as brincadeiras ela aprende a ampliar as suas relações

com o mundo e vai formando a sua personalidade. As crianças brincam como se fossem seres mágicos e naturalmente aproveitam cada minuto dos seus momentos para se movimentar e brincar.

Ao brincar a criança enriquece a sua imaginação e sua criação. No mundo da criança há um maravilhoso faz-de-conta, há o encanto da fantasia, do sonho e da descoberta. Na brincadeira a criança mergulha em uma atividade e cria e recria a sua vida interior, desenvolvendo o seu potencial de criatividade. Se, durante a infância, a criança desenvolver bem esse potencial que cria riqueza interior, ela será um adolescente e um adulto saudável.

O pedagogo Friedrich Froebel, criador dos “jardins da infância”, considerava as brincadeiras como o primeiro recurso para a aprendizagem e comparava a criança a uma planta em sua fase de formação, a exigir cuidados periódicos para o crescimento saudável. Ele dizia que o trabalho da criança é brincar.

O ato de brincar (do latim *vinculum*) significa “criar vínculos”. A garantia de conteúdos lúdicos leva à socialização e à melhoria das experiências sensoriais, cognitivas, linguísticas, artísticas, afetivas e motoras, o que demonstra a necessidade da brincadeira na primeira infância. Sem contar que ao brincar a criança muitas vezes realiza atividades físicas, importantes para o seu desenvolvimento saudável.

Além do pioneiro Froebel, ao longo das últimas décadas diversos pesquisadores, a exemplo de Jean Piaget, Leon Vygotsky, Winnicott, entre outros, trouxeram conclusões essenciais da importância do brincar para o desenvolvimento da criança, sobretudo o desenvolvimento emocional. Hoje temos o reconhecimento científico de que brincar não é apenas entretenimento ou mero passatempo, mas um valioso recurso para a construção de conhecimentos e o desenvolvimento integral da criança.

Dentre os cuidados essenciais com a criança, precisamos investir fortemente em programas sociais que permitam o desenvolvimento do direito ao brincar. Para tanto diversas ações são possíveis e necessárias, entre outras:

- fazer campanhas para que as famílias, incluindo pais e cuidadores, brinquem mais com os seus filhos, pois a brincadeira deve ser considerada a principal atividade da criança, essencial para o seu desenvolvimento;
- planejamento dos bairros e cidades para que garantam esse direito, com ações multidisciplinares de políticas públicas e gestões governamentais que levem à construção e espaços de lazer nesses locais;
- a necessidade de uma política de implementação de brinquedotecas e espaços para brincar nas escolas de educação infantil, nos bairros e cidades, de forma geral. Para as crianças pobres, as brinquedotecas possibilitam que elas tenham acesso aos brinquedos e aos espaços para brincadeiras;
- o estímulo, através de incentivos fiscais, para que empresas e pessoas físicas, através de projetos específicos, via Fundos da Infância, invistam em brinquedotecas, em espaços lúdicos que garantam o direito ao brincar;
- implantação de brinquedotecas em hospitais, entidades de acolhimento e escolas, como política obrigatória do Estado, com o apoio da sociedade civil;
- necessidade de programas de informação e esclarecimento de que não podemos tratar crianças como adultos em miniaturas, com deveres e afazeres excessivos, pois em primeiro lugar a criança precisa brincar;
- com o apoio dos gestores municipais, é possível a interdição de ruas e vielas nas comunidades, aos fins de semana, para uma manhã lúdica com as crianças, com a presença de recreacionistas, pro-

fessores de educação física, pedagogos, contadores de histórias, entre outros. Este trabalho pode ser feito com o envolvimento da comunidade e com o apoio de voluntários, com custos relativamente pequenos e de forma bastante simplificada.

Os atores do Sistema de Justiça podem colaborar neste processo de fomento às brinquedotecas, com o incremento dos Fundos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, com apoio às parcerias com o setor privado e organizações não governamentais, na realização de Termos de Ajustamento de Condutas com o poder público, com mobilizações comunitárias, entre outras.

No PL 6.998/2013 / PLC 014/2015, o direito ao brincar, que vai além do direito ao lazer, está presente no art. 17, que postula que “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades”.

1.5. As redes multidisciplinares perinatais e de primeira infância

“É preciso uma aldeia inteira para cuidar de uma criança” (Provérbio Africano)

Além da busca de todas as garantias visando assegurar os direitos expressos no ordenamento jurídico, observamos que o trabalho em rede, de forma sistêmica, é essencial para um cuidado adequado da primeira infância e para atingir bem os objetivos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente e no PL 6.998/2013 e PLC 014/2015.

Para a busca do atendimento integral à criança, o ECA reforça a necessidade de uma política de atendimento compartilhada e fortalecida entre todos os sistemas que operacionalizam políticas públicas (art. 86 do ECA), em especial, os de saúde, educação, assistência social, trabalho, segurança pública, planejamento, orçamento, promoção da igualdade e diversidade.

Desde a concepção, é preciso fortes investimentos em programas voltados para cuidar das gestantes e da primeira infância, com equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários, entre outros. Esses profissionais devem ser treinados e formados em desenvolvimento infantil para atender bem, detectar vulnerabilidades, dificuldades parentais e infantis, bem como para ensinar aos pais noções essenciais de cuidados, alimentação adequada, afetividade, entre outros.

São diversos desafios e o ideal é que os municípios montassem as redes multidisciplinares perinatais e de primeira infância. O município poderia começar pela formação de um Grupo de Trabalho ou Comitê Gestor, com a missão específica de cuidar dessa política macro de atendimento e acompanhamento, com representantes da Secretaria de Assistência Social, de Educação, da Cultura, da Saúde, entre outras. Os integrantes dessa equipe deveriam ter formação em desenvolvimento infantil, com vistas ao planejamento, monitoramento e avaliação de todas as ações municipais direcionadas à primeira infância. Esta equipe teria a missão de estabelecer fluxos, procedimentos e responsabilidades; de articular a rede de serviços locais e de realizar a avaliação contínua dos serviços no município.

Além da importância desse grupo de trabalho local para monitorar essa política macro de atendimento, é necessária a existência de grupos de monitores e visitantes para detectar dificuldades parentais e infantis relacionadas à Primeira Infância. São pessoas também treinadas em desenvolvimento infantil e no atendi-

mento, como psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, nutricionistas, agentes de saúde, entre outros, que irão identificar as famílias a serem visitadas e assistidas e indicar as providências a serem tomadas.

Esses profissionais de coordenação e essas equipes móveis para intervenções diretas são essenciais para pronta ação em casos mais simples de situações de risco, além de acompanhamento e orientação. Casos que envolvam riscos médicos ou psicológicos, como a assistência clínica e psíquica à mulher em estado puerperal ou de crianças com indicativos de psicoses ou neuroses mais sérias, demandarão que esses grupos realizem acompanhamentos mais contínuos e reuniões periódicas e, caso necessário, o encaminhamento da família a serviços especializados.

Diante da impossibilidade da implantação dessa política de equipes em curto prazo, outra opção é criar nas comunidades as redes primárias de apoio, que são aquelas formadas na própria localidade, tais como grupos de familiares, aposentados, sociedade de amigos de bairro, voluntários da comunidade etc. Detectar, despertar, formar e envolver esta rede como parceira é utilizar-se do capital humano que existe na própria comunidade. Como o tema é envolvente, muitos gostariam de participar dessas equipes e, desde que bem orientados sobre o assunto, com credenciamento, com técnicas de visitas e outras informações, poderiam montar escalas para monitoramentos e visitas. Isto pode ser feito com a utilização das normas que regem o trabalho voluntário (Lei nº 9.608/98), com celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador de serviço voluntário.

Outra possibilidade eficiente é formar e motivar agentes públicos de outras áreas, tais como guardas municipais, fiscais, agentes sanitários, policiais, para colaborar neste trabalho de plena atenção à primeira infância, numa atuação transversal. As polícias comunitárias, por exemplo, fazem ótimos trabalhos preventivos em atendimento a ocorrências familiares, casos de desinteligências e diversos outros. Esses policiais podem ser treinados para dar orientação básica, às famílias que atendem, sobre questões relacionadas à Primeira Infância, tais como a importância da amamentação, da prevenção de acidentes e violências contra a criança, da importância do afeto e dos estímulos, da necessidade de leitura para as crianças, entre outras.

O acompanhamento integral da família no período perinatal e na Primeira Infância é uma prática simples e que traz resultados enormes para uma sociedade. O importante é a organização, formação e mobilização desses profissionais intersetoriais, ou, se não for possível, desses voluntários, para detectar e orientar crianças e famílias em dificuldades. O trabalho em redes multidisciplinares permite uma maior troca de informações e de apoio, uma vez que a articulação conjunta potencializa um melhor rendimento e eficiência no resultado na proteção à gestante e à criança. Integrantes do Sistema de Justiça têm sido bons articuladores para a constituição e o funcionamento dessas importantes redes.

2. CONCLUSÃO

Diversas outras questões relacionadas ao direito das crianças poderiam ser abordadas. De qualquer forma, de tudo que foi exposto, depreende-se a importância de priorizar as ações para a Primeira Infância, que deve ocupar o lugar prioritário nas políticas públicas. Investir em atenção, em cuidados, em ações focadas a esse grupo de pessoas, principalmente na área da educação, é garantir prosperidade e desenvolvimento ao país e aos cidadãos.

Para as alterações e implementações de políticas públicas na Primeira Infância é necessária a união e a luta transformadora de todos, governo, sociedade civil organizada, famílias, empresários, representantes das comunidades. Os avanços no marco legal da Primeira Infância são um respaldo importante para organização dos serviços, redes e políticas, especialmente pela noção de Política Integrada.

A sociedade e os representantes do poder público precisam se debruçar sobre este assunto e discutir todas as possibilidades e dificuldades para o financiamento das políticas essenciais para a primeira infância e para a efetivação da atuação intersetorial, de modo a concretizar o princípio constitucional da prioridade absoluta e do direito ao desenvolvimento integral. É necessário cuidar mais e melhor desses nossos preciosos tesouros, que são as crianças.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOFF, Leonardo. *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOFF, Leonardo. *Educar para a celebração da vida e da Terra*. <http://www.cartamaior.com.br/?/Coluna/Educar-para-a-celebracao-da-vida-e-da-Terra/19216>. São Paulo: 2011. Acesso em 22 de fevereiro de 2013.

BRASIL, Resolução Conjunta CNAS/CONANDA 01/2006. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Disponível em <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/livros/plano-nacional-de-convivencia-familiar-e-comunitaria-2013-pncfc/plano-nacional-de-convivencia-familiar-e-comunitaria-2013-pncfc> Acesso em 4 de março de 2014.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. *Parâmetros nacionais de qualidade para a educação infantil*. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica – Brasília, 2006.

CALLEGARI, Cesar (org.). *O Fundeb e o financiamento da educação pública no Estado de São Paulo*. 6ª ed. atualizada e ampliada. São Paulo: Aquariana; IBSA: APEOESP, 2011.

CYPEL, Saul (organizador). *Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. *NOTA 10 Primeira Infância*. Canal Futura e FMCSV. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Livro-Programa-Nota-10-Primeira-Inf%C3%A2ncia--0-a-3-anos.aspx>. Acesso em 4 de março de 2014.

GADOTTI, M. *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic) do IBGE - 2011* [relatório na internet]. Rio de Janeiro: 2012 (acesso em 15 de fevereiro de 2014). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/detalhes.php?id=262479>

MARINO, Eduardo, PLUCIENNIK, Gabriela Aratangy (Org.). *Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Guia prático: o direito de todos à educação - diálogo com os Promotores de Justiça do Estado de São Paulo/Ministério Público do Estado de São Paulo*. São Paulo: MP-SP, 2011.

PIAGET, Jean. *O nascimento da inteligência na criança*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

UNICEF, “United Nations Children’s Fund”. *Dados sobre primeira infância* [relatório na internet]. New York, EUA: 2014 (acesso em 16 de fevereiro de 2014). Disponível em: http://www.unicef.org/earlychildhood/index_40748.html

UNICEF, “United Nations Children’s Fund”. *Guia para a elaboração de planos municipais pela primeira infância*. Rede Nacional Primeira Infância. Salvador: UNICEF, 2011. Disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Guia-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-Planos-Municipais-pela-Primeira-Inf%C3%A2ncia.aspx>, acesso em 3 de março de 2014.

VEIGA, I. P. A. *Projeto Político-Pedagógico da escola: uma construção possível*. 10 ed. Campinas, SP: Papyrus, 2000.

VYGOTSKY, Lev. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone/EDUSP, 1988.

YOUNG, Mary Emily (org.). *Do Desenvolvimento da Primeira Infância ao Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010. Disponível em <http://www.fmcsv.org.br/Pt-br/acervodigital/desenvolvimentodaprimeirainfancia/Paginas/Livro---Do-Desenvolvimento-da-Primeira-Inf%C3%A2ncia-ao-Desenvolvimento-Humano.aspx>

A PRISÃO DOMICILIAR COMO A MELHOR FORMA DE GARANTIR OS DIREITOS DOS FILHOS DE MÃES PRESAS NO PERÍODO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Bruno César da Silva

*Defensor Público do Estado de São Paulo
com atuação junto à Vara da Infância e Juventude de Ribeirão Preto/SP,
Membro do Núcleo Especializado da Infância e Juventude da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Mestre em sistema de garantias fundamentais pela Instituição Toledo de Ensino, Especialista em Jurisdição Constitucional e Direitos Fundamentais pela Universidade de Pisa/Itália*

1. PRIMEIRA INFÂNCIA E SISTEMA PRISIONAL

O Marco Legal da Primeira Infância abre espaço para reflexão sobre o quadro jurídico que permeia a situação de crianças que possuem suas genitoras encarceradas. Nesta oportunidade, analisaremos os ditames constitucionais, internacionais e legais quanto ao tema.

Apesar de a situação de encarceramento atingir todos os filhos da mulher, sejam eles crianças ou adolescentes, inegável que esta atinge de maneira mais direta e sensível as crianças mais novas, até os seis anos, na chamada primeira infância. Ocorre que este é o período em que a criança está iniciando seu desenvolvimento, necessitando de todos os cuidados para que os alicerces sejam fortes o suficiente para alçar voos mais altos no futuro. Neste sentido, a garantia dos direitos à saúde, à educação e à convivência familiar e comunitária deve ser potencializada. Assim, podemos, como um primeiro ponto, ressaltar que nesse processo inicial de desenvolvimento o contato com a mãe tem caráter fundamental.

Desde o nascimento o bebê precisa de cuidados, da proteção, do amor e do contato de seu cuidador/genitora para garantir a sua sobrevivência. Segundo Bowlby (1960)⁴⁷, e “considera-se essencial para a saúde mental do recém-nascido e da criança de pouca idade, o calor, a intimidade e a relação constante com a mãe (ou quem, em caráter permanente, a substitua).” Segundo este autor, a privação desse contato, “pode desencadear comportamentos agressivos e delinquentes”.

Existem muitas pesquisas que relacionam condutas de risco de crianças com a privação ou relacionamento conturbado com suas mães nos primeiros anos de vida. Como aponta Valéria Tinoco, “outros estudos (Bowlby, 1969/1993 b, c; 1979/1990; Bromberg, 1994, James, 1994; Jewett, 1994) relacionam a existência de

47 BOWLBY, John. *Crianças carentiadas*. São Paulo: Instituto. de Psicologia./PUC/SP, 1960, p.11.

distúrbios psicológicos e problemas psiquiátricos na fase adulta com a experiência de separação, perda dos pais e/ou outros tipos de perda na infância. Os prejuízos causados por estas experiências podem levar a uma deterioração da capacidade de estabelecer e/ou manter vínculos afetivos. Se a separação ou perda sofrida pela criança for sucedida por outras perdas e se ela não puder contar com o cuidado contínuo de um substituto, com quem possa se ligar, poderá ser mais difícil para a criança aceitar a perda e se reorganizar.”⁴⁸

Dentro destes apontamentos, é importante ressaltar que se faz necessária maior atenção a estes bebês e crianças em sua primeira infância, porque se sabe que o que é vivenciado por estes neste período, serve como base para a formação de sua personalidade. Quando a criança de alguma maneira é privada do convívio familiar, aspectos importantes na construção de sua personalidade são afetados.

Desta forma, este estudo irá tentar fazer uma breve síntese do regramento internacional e nacional sobre mães presas, principalmente quanto à possibilidade de aplicação da prisão domiciliar como a melhor forma de proteger os direitos das crianças, em especial aquelas na primeira infância.

2. DIREITO DE PUNIR X PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA

O conflito existente entre o direito à convivência familiar de crianças filhas de mães presas, e, em especial, ao desenvolvimento junto à mãe, de um lado, contra o direito de não ser encarcerado, de outro, sempre moveu diversas discussões acaloradas. Seja por conta da notável falta de estrutura do nosso sistema prisional, seja por conta da histórica coisificação dessas mulheres e crianças, sempre houve grande resistência em aceitar a possibilidade de uma criança se desenvolver no cárcere.

De pronto, já apresentamos que também nos filiamos àqueles que entendem que o desenvolvimento da criança deve se dar fora das grades das penitenciárias femininas e que por certo essa será prejudicial para o desenvolvimento da criança. Sabemos que a criança institucionalizada acaba por não viver um ciclo diário familiar, sendo privada de estabelecer vínculos de interação social contínuo com outros adultos e crianças, o que nos leva a refletir que crescer em um ambiente em condições insatisfatórias acabaria por prejudicar o desenvolvimento sadio dos mesmos. Stella⁴⁹, citando Bronfenbrenner, refere que “os efeitos que são observados no desenvolvimento da criança em ambiente institucional se originariam do empobrecimento que a instituição propicia na estimulação ambiental em relação ao ambiente doméstico com presença materna.”

Ainda de acordo com Stella⁵⁰, “os presídios femininos, assim como os masculinos, não foram desenvolvidos para propiciar o vínculo familiar, especialmente entre mães e filhos, muito menos promover um ambiente adequado para o desenvolvimento infantil.” Entretanto, não podemos deixar de considerar que a presença da mãe é fundamental para o desenvolvimento de uma criança durante a sua primeira infância.

Kurowsky⁵¹ defende que é “comprovadamente produtivo considerar muitos distúrbios psiconeuróticos e da personalidade nos seres humanos com um reflexo de um distúrbio na capacidade para estabelecer vínculos afetivos, em virtude de uma falha no desenvolvimento na infância ou de um transtorno subsequente”.

Diante disto, manter o vínculo mãe-filho no período inicial de vida é de extrema importância e nos leva a acreditar que a ruptura do mesmo sugere prejuízos bastante significativos que comprometem a vida

48 TINOCO, Valéria. *O luto de crianças institucionalizadas em casa abrigo*; retirado do sítio http://caf.org.br/paginas/biblioteca/texto_valeria_tinoco.pdf; acessado em 22 de fevereiro de 2014, 15:30h.

49 STELLA, Claudia. *Filhos de mulheres presas: soluções e impasses para seus desenvolvimentos*. São Paulo: LCTE Editora, 2006, p. 46.

50 Ibidem p. 18.

51 KUROWSKI, Cristina Maria. *Análise crítica quanto a aspectos de implantação e funcionamento de uma creche em penitenciária feminina*. Porto Alegre, 1990, p. 15.

adulta, impossibilitando um desenvolvimento sadio. Os estudos de Bowlby (1981)⁵² reforçam que quando uma criança é privada dos cuidados maternos, o seu desenvolvimento sofre um retardo, aparecendo sintomas de doença física e mental, havendo casos em que os danos são graves e permanentes.

De acordo com o mesmo autor, “o primeiro e o mais persistente de todos os vínculos é o entre mãe e filho pequeno, que frequentemente persiste até a idade adulta. Cada membro deste par vinculado tende a manter-se na proximidade do outro e suscitar, no outro, o comportamento de manutenção de proximidade”⁵³.

Resta evidente, desta forma, a existência de um conflito entre o desenvolvimento junto à mãe no cárcere e o desenvolvimento fora do cárcere sem a genitora. Antes de adentrarmos nessa discussão, entendemos que devemos apontar nosso raciocínio jurídico para um momento anterior. Para a existência desse conflito apresentado, está presente a premissa de que a genitora está encarcerada em virtude de algum crime, pois se não estivesse encarcerada não haveria discussão quanto à melhor forma de desenvolvimento da criança.

Assim, ainda que possa causar estranheza em muitos, em um primeiro momento, o que temos é um conflito entre o direito do Estado de punir aquele que comete crime e o direito de uma criança de se desenvolver (e o dever do Estado de garantir esse direito), durante sua primeira infância, ao lado de sua mãe.

Não é o objetivo deste trabalho fazer um estudo criminológico ou penalista quanto às funções da pena, mas sim apontar de que forma o direito da criança poderia/deveria ser resguardado nestes casos.

No que tange à questão do estigma enfrentado por estas mulheres, sabe-se que o abandono das mesmas por parte de seus familiares e companheiros é muito presente, tendo como consequência o abandono imposto de seus filhos. Florizette O'Connor⁵⁴, em seu relatório para a Organização das Nações Unidas (ONU), aponta as dificuldades de convivência entre mães encarceradas e filhos, tais como: a distância das prisões, onde as mulheres permanecem reclusas, do local da residência de sua família, o que dificulta o contato com os filhos e aumenta a possibilidade de abandono da família; o sentimento de abandono que atinge repentinamente os filhos que são separados das mães, por não receberem nenhuma informação sobre o seu paradeiro; a dificuldade do contato físico entre mães e filhos, em virtude de algumas instituições submeterem as crianças a revistas humilhantes, diminuindo o tempo para as visitas e limitando o convívio por paredes de vidro.

A ONU, sensível a estas questões, elaborou resolução que aponta regras para o tratamento de mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras, conhecida como Regras de Bangkok, tendo como objetivo apontar a necessidade de se encontrar soluções que evitem o encarceramento de mulheres em virtude de sua situação específica. Este documento, já em suas considerações iniciais, aponta para a necessidade de um olhar cuidadoso para os filhos dessas mulheres.

Já na segunda regra da resolução essa preocupação se mostra presente. Vejamos:

Regra 2

1. Atenção adequada deve ser dedicada aos procedimentos de ingresso de mulheres e crianças, devido à sua especial vulnerabilidade nesse momento. Deverão ser oferecidas às recém-ingressas condições para contatar parentes; ter acesso à assistência jurídica; informações sobre as regras e

52 Bowlby J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes; 1981. 225p.

53 KUROWSKI, Cristina Maria. *Análise crítica quanto a aspectos de implantação e funcionamento de uma creche em penitenciária feminina*. Porto Alegre, 1990, p.14.

54 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Administración de justicia, estado de derecho y democracia*: documento de trabajo de la Sra. Florizelle O'Connor. EUA. Biblioteca Eletrônica dos Direitos Humanos, 2004.

regulamentos das prisões, o regime prisional e onde buscar ajuda quando necessário numa linguagem que elas compreendam; e, em caso de estrangeiras, acesso aos seus representantes consulares.

2. Antes ou no momento de seu ingresso, deverá ser permitido às mulheres responsáveis pela guarda de crianças, tomar as providências necessárias em relação a elas, incluindo a possibilidade de suspender por um período razoável a detenção, levando em consideração o melhor interesse das crianças.

Além disso, a resolução aponta para a necessidade de se possibilitar a aplicação de medidas alternativas à pena de prisão no caso de mães.

Regra 64

Penas não privativas de liberdade serão preferíveis às mulheres grávidas e com filhos dependentes, quando for possível e apropriado, sendo a pena de prisão apenas considerada quando o crime for grave ou violento ou a mulher representar ameaça contínua, sempre velando pelo melhor interesse do filho ou filhos e assegurando as diligências adequadas para seu cuidado.

Seguindo essa resolução, diversos ordenamentos jurídicos passaram a adotar medidas para evitar o encarceramento dessas mulheres. Nesse cenário, merece destaque a situação da Argentina que, primeiramente através de uma interpretação jurisprudencial, e, posteriormente, através de uma mudança legislativa, passou a aplicar a pena de prisão domiciliar para todas as mães de crianças até cinco anos.

Analisando a situação das mães argentinas presas e o afastamento de seus filhos, apontam Ileana Arduino, Leticia Lorenzo e Raúl Salinas:

Por otro lado no es menos cierto que separar a las madres de sus hijos significa infligir a ellas una de las más crueles torturas psicológicas y que la presencia de los hijos hace más lleva dera la vida de sus madres en prisión aún cuando la misma situación en que deben criarlos genera muchas veces situaciones de crisis para ellas mismas.

(...)

Por ello consideramos que en el caso de mujeres madres debierarecurrirse a la imposición de sanciones alternativas a la pena privativa de la libertad, toda vez que de comprobarse los efectos nocivos arriba señalados, puede concluirse que la pena e nesos casos está siendo cumplida en condiciones de trato cruel, inhumano y degradante, no sólo respecto de la madre, que es a quién se sanciona, sino además extendiéndose hasta sus hijos. Esta situación tornaría inconstitucional la pena aplicada, por violación a los arts. 18 CN, art. 1 de la DUDH, art. 10 del PIDCyP y art. 5.2 de la CADH⁵⁵.

O trabalho apresentado pelo Ministério Público da Defesa Argentina conclui que para garantir os direitos das crianças é necessário ponderar os interesses.

En función de lo expuesto, resulta justificable aplicar una medida coercitiva de menor intensidad sobre las mujeres embarazadas o con hijas o hijos menores de edad para garantizar su derecho a la salud. De forma complementaria debe tenerse en cuenta que la privación de la libertad de La niña o niño junto com su madre afecta su derecho a la vida, ya que no se garantiza em

55 ARDUINO, Ileana; LORENZO, Leticia; SALINAS, Raúl; *Mujeres y cárceles: aproximación a la situación penitenciaria en Argentina desde una perspectiva de Género*; acessado no site http://new.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2011/07/genero03_1.pdf, em 22 de fevereiro de 2014, às 16 horas e 20 minutos.

la máxima medida posible su desarrollo, debido a que se lo mantiene em um medio donde es vulnerable a sufrir perjuicios o abusos. Finalmente, es necesario resaltar que toda tensión entre derechos de las niñas y los niños y otro interés público en este caso, el interes del Estado en que se cumpla una pena o la medida cautelar en el medio carcelario - debe ser resuelta aplicando ele stándar jurídico del “interés superior Del niño”, el cual lleva siempre a privilegiar los derechos de los menores de edad⁵⁶.

Verifica-se que na ponderação entre o direito de punir do Estado e o direito da criança à convivência familiar e ao desenvolvimento saudável o ordenamento jurídico internacional aplicou o princípio do melhor interesse da criança e da proteção integral, princípios interpretativos de todas as situações que envolvam essas pessoas em desenvolvimento.

Pontuo que não se trata de perdão ou de abolicionismo penal, mas de aplicar sanção criminal ou medida cautelar compatível com a necessidade de se garantir direitos de crianças que não praticaram qualquer crime.

Para el caso concreto de lãs mujeres embarazadas o de las mujeres junto a sus hijas o hijos entendemos que es imposible que se cumplan los deberes estatales deducidos del derecho a la salud tal como es reconocido por las normas del derecho internacional de los derechos humanos. Es indudable que en el medio carcelario resulta imposible asegurar “el más alto nivel posible de salud”, “la asistencia pre natal o pos natal adecuada” o “el su ministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre”⁵⁷.

Neste sentido, em 2008, o Poder Legislativo argentino aprovou lei que amplia o rol de situações de aplicação da prisão domiciliar, permitindo que toda mulher mãe de filho de até 5 anos cumpra sua pena nesta modalidade.

La nueva redacción del art. 33 de la Ley 24.660 establece lo siguiente:

“El Juez de ejecución o juez competente podrá disponer El cumplimiento de la pena impuesta em detención domiciliaria:

- a) Al interno enfermo cuando la privación de la libertade nel establecimiento carcelario le impida recuperarse o tratar adecuadamente sudolencia y nocorrespondiere su alojamiento en um establecimiento hospitalario;*
- b) Al interno que padezca una enfermedad incurable en período terminal;*
- c) Al interno discapacitado cuando la privación de la libertade nel establecimiento carcelario es inadecuada por su condición implicándole un trato indigno, inhumano o cruel;*
- d) Al interno mayor de setenta (70) años;*
- e) A la mujer embarazada;*
- f) A la madre de un niño menor de cinco (5) años o de una persona com discapacidad a su cargo.”*

Trata-se de lei que reconhece a nocividade do cárcere para essas crianças e a importância do papel materno no desenvolvimento integral da criança durante sua primeira infância. É o reconhecimento do Estado

56 Ministério Público de la Defensa e UNICEF. Mujeres presas la situación de lãs mujeres embarazadas o com hijos/as menores de edad limitaciones al encarcelamiento. Acessado no sitio http://www.unicef.org/argentina/spanish/Libro_Mujeres_Presas.pdf, em 22 de fevereiro de 2014, às 16 horas e 30 minutos.

57 Ministério Público de la Defensa e UNICEF; MUJERES PRESAS LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EMBARAZADAS O CON HIJOS/AS MENORES DE EDAD LIMITACIONES AL ENCARCELAMIENTO; acessado no sitio http://www.unicef.org/argentina/spanish/Libro_Mujeres_Presas.pdf, em 22 de fevereiro de 2014, às 16 horas e 30 minutos.

de seu dever de garantir proteção integral às crianças e adolescentes, ainda que isso signifique reduzir o grau de intensidade de uma pena, através da aplicação de técnica de ponderação⁵⁸ de direitos, com utilização do princípio da proporcionalidade, quando em choque dois interesses legítimos.

No Brasil, ainda que em tese, seria possível, e inclusive na nossa opinião aconselhável e o caminho correto, interpretação análoga a que foi dada pelas Cortes Argentinas. O Código de Processo Penal já trazia entre os casos em que era possível a aplicação de prisão domiciliar substituindo a prisão preventiva (cautelar) sempre que o agente fosse imprescindível à gravidez ou sendo esta de alto risco.

O Marco Legal pela Primeira Infância, alterando o Código de Processo Penal, e demonstrando a preocupação com as crianças na primeira infância, ampliou os casos de aplicação do sistema da prisão domiciliar, incluindo toda a gravidez, bem como homem e mulher com filhos menores de 12 (doze) anos:

Art. 318. *Poderá o juiz substituir a prisão preventiva pela domiciliar quando o agente for:*

I – maior de 80 (oitenta) anos; (Incluído pela Lei nº 12.403, de 2011).

II – extremamente debilitado por motivo de doença grave; (Incluído pela Lei nº 12.403, de 2011).

III – imprescindível aos cuidados especiais de pessoa menor de 6 (seis) anos de idade ou com deficiência; (Incluído pela Lei nº 12.403, de 2011).

IV – gestante;

V – mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos;

VI – homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos.

Observa-se dessa forma que o próprio legislador brasileiro já possui a consciência de que a mãe de crianças na primeira infância e as mulheres grávidas não devem permanecer no cárcere, tendo direito à prisão domiciliar. Contudo, infelizmente o novo diploma legal não abarcou expressamente a questão das mães em cumprimento de pena e a possibilidade de substituição do regime prisional.

Apesar disso, diante da necessidade de que toda norma seja interpretada de acordo com a Constituição e com os Tratados Internacionais⁵⁹, o referido dispositivo, juntamente com todo o ideal posto pelo Marco Legal da Primeira Infância, deve ser visto como autorizador para aplicação do regime domiciliar, não apenas para o caso de prisão cautelar, mas também para as prisões definitivas, substituindo qualquer tipo de regime de pena (aberto, semiaberto ou fechado), em clara preponderância do princípio da proteção integral (art. 227 da Constituição Federal) e do ordenamento internacional (regra 64 das Regras de Bangkok).

Desta forma, concluímos que o melhor interesse da criança seria alcançado através da aplicação do instituto da prisão domiciliar para a genitora, seja como medida cautelar, seja como pena, garantindo o afastamento da criança do cárcere, sem que isso signifique a perda da convivência com a genitora.

58 Quanto à técnica de ponderação, ver Luís Roberto Barroso, Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo – 4ª edição, Editora Saraiva, 2013, São Paulo, págs. 361/365)

59 Na atual conjectura de intenso diálogo de fontes, devemos ter em mente que todo o arcabouço legislativo interno deve estar em consonância não somente com a Constituição formal, aqui incluídos os Tratados de direitos humanos aprovados pelo procedimento do artigo 5º, § 3º, da Constituição, mas também com todos os Tratados Internacionais de Direitos Humanos que possuem natureza de normas materialmente constitucionais, devendo as leis então sofrerem controle de constitucionalidade e de convencionalidade. Dessa forma, podemos afirmar que para que uma lei seja considerada válida ela deverá respeitar uma “dupla compatibilidade vertical material”, ou seja, respeitar materialmente a Constituição e os Tratados Internacionais.

PARTE III
INICIATIVAS E DESAFIOS
REGIONAIS

PLANO DISTRITAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES DE UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Eduardo Chaves

*Assistente Social, Mestre em Psicologia
Coordenador do Comitê Distrital pela Primeira Infância
Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal*

O Plano Distrital pela Primeira Infância (PDPI) é uma normativa que representa o compromisso firmado pelo Distrito Federal em garantir os direitos de crianças de 0 a 6 anos de idade, incluindo o período da gestação, com base na construção de estratégias de ação por um período de dez anos (2013-2022). Seu objetivo principal é fomentar novas práticas e contextos nas políticas públicas e sociais para a primeira infância, alicerçando suas diretrizes em consonância com as orientações do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), conforme recomendação do Conselho Nacional dos Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA).

A Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal (SECriança) foi o órgão responsável pelo planejamento das ações, organização e fornecimento dos recursos técnicos e administrativos para a elaboração do Plano Distrital. Metodologicamente, foram realizadas reuniões ordinárias quinzenais, reuniões técnicas extraordinárias para assuntos específicos, reuniões técnicas com parceiros e setores estratégicos do Governo e da Sociedade Civil, disponibilização de texto preliminar para consulta pública e sistematização das informações e contribuições advindas do processo de fomento à ampla participação social.

O documento final do PDPI foi dividido em quatro capítulos, com destaque para as recomendações das crianças, resultando em 13 ações finalísticas, entendidas como o detalhamento dos direitos fundamentais de crianças de 0 a 6 anos de idade, em razão de sua condição peculiar de desenvolvimento, dispostas em objetivos e metas, por tema, a saber: a) Crianças com Saúde; Educação; b) A Família e a Comunidade da Criança; c) Assistência Social a Crianças e suas Famílias; d) Atenção à Criança em Situação de Vulnerabilidade; e) Do Direito de Brincar ao Brincar de todas as Crianças; f) A Cultura na Primeira Infância (uma inovação em relação ao PNPI); g) Atender à Diversidade Étnico-Racial; h) Combater as Violências; i) Assegurar o Documento de Cidadania; j) Crianças Livres da Pressão Consumista e da Exposição Precoce aos Meios de Comunicação; e k) Evitar Acidentes na Primeira Infância.

Em relação às ações meio – balizes para todas as ações finalísticas – reiteram a importância da formação profissional para atuação na primeira infância, o papel do Conselho Tutelar (outra inovação em relação ao PNPI), o papel dos meios de comunicação, a atuação do Poder Legislativo do Distrito Federal, a pesquisa sobre a primeira infância e o controle social no financiamento, monitoramento e avaliação do PDPI.

1. A CONCEPÇÃO DE INFÂNCIA: DO PROTAGONISMO À REAL PARTICIPAÇÃO CIDADÃ

Garantir o direito das crianças de participarem de tudo que lhes diz respeito é um dos pilares do Plano Distrital pela Primeira Infância (PDPI), conforme a Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, promulgada no Brasil em 1990. Resignificar a ideia de “sujeito de direitos” pelo viés da participação na formulação e acompanhamento de políticas públicas é primordial para que o conceito preconizado pela Carta Magna de 1988 e reafirmado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 não fique apenas nos dizeres políticos e procedimentos técnicos.

Para viabilizar tal prerrogativa faz-se importante evidenciar a legitimidade da voz das crianças em uma normativa de Estado, a fim de que todos possam refletir sobre a sociedade atualmente existente, bem como sobre as diferentes formas de pensá-la e melhorá-la, a partir de um diferente ponto de vista – o das principais interessadas no êxito das políticas públicas a elas direcionadas.

Neste sentido, tem-se fortalecida uma nova geração de indivíduos que vivem os direitos humanos e não apenas o representam, em uma cidadania forjada que permite a manifestação da criança apenas quando ela empunha o sabre do problema de ordem pública. Em outras palavras, historicamente as crianças brasileiras protagonizam a cidadania de uma forma cruel, uma vez que a sociedade e o Estado passam a percebê-las em razão apenas do direito violado ou da regra transgredida. E é justamente nesta corrente libertária que o PDPI entende a criança como titular e sujeito de direitos, que participa da sociedade e não reveza papéis em atos de um filme com mocinhos e bandidos – como objeto de cena de um mundo desigual.

A concepção de participação coletiva foi registrada com o intuito de dar visibilidade à proposta, cujos resultados deram origem a vídeos-documentários que apresentam o processo de escuta das crianças. O primeiro vídeo, de aproximadamente cinco minutos, registra as falas de crianças 3 a 6 anos de idade, de uma instituição de educação infantil do Distrito Federal, evidenciando como as crianças estão ligadas nos problemas de seu ambiente e que elas têm ideias e sugestões para melhorá-lo. O segundo vídeo, com depoimentos de gestores, familiares, professoras e crianças, relata o processo de escuta e foi produzido com o objetivo de ajudar a quem deseja incluir a voz – a participação – das crianças na formulação de políticas públicas ou em outras situações em que as crianças devam ser ouvidas, como, por exemplo, no planejamento institucional ou outras questões que lhe dizem respeito.

Cabe mencionar que o “Projeto de Escuta de Crianças para Elaboração do Plano Distrital pela Primeira Infância” recebeu menção honrosa e foi um dos seis finalistas entre 85 instituições inscritas no 1º Prêmio Nacional de Projetos com Participação Infantil, promovido pelo Centro de Criação da Imagem Popular (CECIP), por meio do Projeto Criança Pequena em Foco, com apoio da Fundação Bernard van Leer, do Instituto C&A e da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI).

2. O PACTO PELA PRIMEIRA INFÂNCIA: PRIORIDADE (TAMBÉM) NA PONTA DA CANETA

O marco zero do Plano Distrital pela Primeira Infância (PDPI) teve início em 2012, com a Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal (SECriança) propondo o Pacto pela Primeira Infância (Portaria nº 357, de 5 de novembro de 2012), que firmou o compromisso da referida unidade da Federação (UF) com a garantia integral dos direitos de crianças de 0 a 6 anos de idade. O Pacto também sugeriu ao Poder Executivo

que criasse o Comitê pela Primeira infância, composto por instituições do Poder Público e da sociedade civil, além da sociedade em geral, com o objetivo de elaborar o Plano Distrital (Decreto nº 34.136, de 5 de fevereiro de 2013).

A partir daí, as reuniões do Comitê tiveram ampla participação de todas as instituições mencionadas no referido decreto, com a adição constante de outras ao longo do processo de diálogo e debate com a sociedade. Mais de 100 profissionais participaram da construção do PDPI, por meio das reuniões de trabalho e por consulta pública, além de 90 crianças de 4 a 6 anos de idade, que tiveram suas recomendações com parte central das proposições contidas no Plano. Por fim, o PDPI foi aprovado, por unanimidade, pelo Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, durante a Plenária nº 237, de 21 de novembro de 2013, e lançado oficialmente em 3 de dezembro de 2013, em um evento que contou com a participação das crianças que participaram da elaboração do Plano em questão.

O PDPI, por ser uma proposta decenal, demanda a articulação permanente de toda a sociedade para que suas metas, divididas em 13 ações finalísticas, sejam efetivamente alcançadas. Essa tarefa, eminentemente interdisciplinar, tem sido viabilizada pelo trabalho do Comitê Distrital pela Primeira Infância, com a reedição do Decreto nº 34.136/2013 pelo Decreto nº 35.228, de 14 de março de 2014, conferindo-o, de acordo com o art. 3º, “a atribuição precípua [de] aprimorar a integração das políticas distritais para criança de até 6 anos de idade e monitorar, avaliar e fiscalizar a implementação do Plano Distrital pela Primeira Infância”. Em 22 de maio de 2015 foi editado o Decreto nº 36.509, reestruturando a composição do Comitê ao agregar novas instituições, entre as quais: a Casa Civil do Governo do Distrito Federal; a Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal (SEPLAG); a Secretaria de Estado de Relações Institucionais e Sociais do Distrito Federal (SERIS); a Secretaria de Estado de Economia e Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal (SDE); entre outras.

Assim, o Comitê se estrutura como um espaço de articulação e diálogo permanentes entre o poder público, a sociedade civil e a população, no intuito de que essa importante normativa seja realidade na vida das pessoas, para além de simples palavras compiladas.

3. PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA COOPERAÇÃO MULTILATERAL: POLÍTICA PÚBLICA FILHA DE MUITAS MÃES E PAIS

A Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal (SECriança) foi criada em 1º de janeiro de 2011, tendo como objetivo dar visibilidade às demandas de uma parcela da população historicamente relegada ao descaso pelo poder público do Distrito Federal. Entretanto, o principal desafio deu-se ainda no primeiro dia da nova Secretaria de Estado: a incorporação das medidas socioeducativas a adolescentes em conflito com a lei na referida Pasta. Ainda que uma estrutura nova e ágil tenha possibilitado avanços significativos para o atendimento de adolescentes que cometeram atos infracionais, é inegável que a urgência do direito violado e a consequente visibilidade por meio da criminalidade acabaram por demandar dos governantes ações emergenciais e de esforços compatíveis à tradição de filmes de faroeste do século passado, em que quase tudo girava em torno da “questão de vida ou morte”. De fato, muitos adolescentes faleceram enquanto estavam sob a tutela do Estado – algo inadmissível em qualquer contexto democrático.

O referido cenário, por outro lado, ressignificou a motivação primeira de se pensar políticas públicas para crianças de 0 a 6 anos de idade, uma vez que a grande maioria dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas tiveram seus direitos violados desde os primeiros anos de vida, com acesso precário

ou inexistente à saúde, educação, cultura, segurança, lazer, etc. Assim, cuidar da primeira infância é cuidar da família, da comunidade, do presente e do futuro; é inverter a lógica cruel a que estão submetidas crianças e adolescentes que, por omissão ou não, tem seus direitos fundamentais violados, negados, relegados, não atendidos desde o início da vida.

A partir dessa perspectiva, que favoreceu, ainda que contraditoriamente, a busca por um espaço de destaque para a primeira infância no âmbito da SECriança, firmou-se a base para o pacto concreto de um compromisso pelo fortalecimento da referida temática a partir da formulação de políticas públicas. O próximo passo foi a ampla articulação institucional e comunitária para a elaboração da primeira normativa distrital que dispusesse sobre a garantia integral dos direitos de crianças de 0 a 6 anos de idade – algo que gerou empatia e adesão unânime, em especial, quando da participação das 90 crianças que deram contribuições ao Plano Distrital pela Primeira Infância (PDPI).

Neste sentido, tem-se aí o maior avanço do processo de elaboração do referido Plano, onde a perspectiva dialógica adotada possibilitou que as crianças anunciassem seus anseios e necessidades em diversos momentos e por meio de diferentes linguagens, que permitiram não somente sua expressão oral, mas também captaram seus olhares, gestos e postura corporal. E foi a partir dessa escuta que se deu uma melhor aprendizagem sobre e com as crianças, as quais apontaram suas opiniões em relação a seis eixos temáticos, quais sejam: 1) família e comunidade; 2) saúde e alimentação; 3) brincar; 4) escola e educação; 5) mídias e tecnologias; e 6) violência e medos; que se tornaram suas recomendações para a formação do PDPI.

4. PRESENTE E FUTURO DA PRIMEIRA INFÂNCIA DO DISTRITO FEDERAL

Em pouco mais de três anos de trabalho foi possível avançar de forma significativa no agendamento público da temática da primeira infância no Distrito Federal. Conquistas importantes ajudaram no processo de institucionalização e mobilização social, tais como: o Pacto pela Primeira Infância (Portaria nº 357, de 5 de novembro de 2012); o Comitê Distrital pela Primeira Infância (Decreto nº 34.136, de 5 de fevereiro de 2013); a Consulta Pública do Plano Distrital pela Primeira Infância (PDPI) (12 de outubro de 2013); o PDPI (lançado em 3 de dezembro de 2013); a produção de dois documentários institucionais; e a atribuição ao Comitê Distrital de monitorar e avaliar a implementação do PDPI (Decreto nº 35.228, de 14 de março de 2014).

Entretanto, o próximo passo para que as crianças de 0 a 6 anos de idade sejam prioridade de Estado e não apenas uma boa iniciativa governamental reside na construção do Marco Legal Distrital da Primeira Infância. Essa proposta está balizada pelo Projeto de Lei nº 6998/2013, de autoria do Deputado Federal Osmar Terra (PMDB/RS) e outros membros da Frente Parlamentar da Primeira Infância, que dispõe sobre as políticas públicas para a Primeira Infância, acrescenta e altera dispositivos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069/1990).

Ao alinhar a proposta do Marco Distrital ao Marco Federal representado pelo PL nº 6998/2013, é preciso reconhecer a convergência dos esforços integrados à motivação primeira de ambas as propostas, conforme mencionado na justificativa do referido Projeto de Lei, *in verbis*:

Este Projeto de Lei, que os Deputados e Deputadas da Frente Parlamentar da Primeira Infância apresentam, com apoio de seus pares, pretende dar a devida atenção à Primeira Infância no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente e, conseqüentemente, das políticas públicas. A razão principal desta iniciativa é estabelecer maior sintonia entre a legislação e o significado do período da existência humana que vai do início da gestação até o sexto ano de vida.

Dessa forma, este Projeto responde à relevância dos primeiros anos na formação humana, na constituição do sujeito e na construção das estruturas afetivas, sociais e cognitivas que dão sustentação a toda a vida posterior da pessoa e fazem uma infância mais feliz (BRASIL, 2013).

Para tanto, tramita no âmbito do Governo do Distrito Federal o Processo nº 417.001.264/2014 com a proposta de construir o aparato legal para as políticas públicas de primeira infância, em sua especificidade regional, em prol das crianças de 0 a 6 anos do Distrito Federal. Este Projeto de Lei que, em seu art. 1º, define, *in verbis*:

Art. 1º Esta lei estabelece diretrizes para a formulação de políticas públicas para crianças de 0 a 6 anos de idade, no âmbito do Distrito Federal, em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento e formação da pessoa, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

A referida proposta se insere em uma perspectiva mais ampla de planejamento estratégico, com metas e objetivos definidos para o próximo quadriênio (2015-2018). Além de empenho para a aprovação do Marco Legal da Primeira Infância do Distrito Federal, o Comitê Distrital atuará no que tange aos seguintes aspectos: fortalecimento dos espaços de participação infantil nas políticas públicas – da formulação à avaliação; proposição de um programa de atendimento integral a crianças de 0 a 6 anos de idade, em uma perspectiva integrada entre saúde, educação e assistência social; implementação de um sistema de monitoramento e controle social do PDPI; elaboração de documentos técnicos de referência sobre a primeira infância nas políticas públicas (como, por exemplo, parâmetros de qualidade para serviços de acolhimento de crianças de 0 a 6 anos de idade, mapa da situação epidemiológica da primeira infância no Distrito Federal, parâmetros técnicos para a garantia do direito de brincar nas instituições públicas e privadas, instrução normativa para escuta de crianças de até 6 anos de idade; e proposição de integração e gestão de políticas públicas sociais para a primeira infância na Região Integrada de Desenvolvimento Econômico - RIDE).

Antes de ser uma simples reedição em nível local de uma normativa nacional, o Marco Legal da Primeira Infância do DF deve ser um instrumento orgânico de priorização das reais necessidades de crianças de 0 a 6 anos. Conforme a experiência de escuta das crianças evidenciou, as especificidades territoriais e de cada ano de vida da criança devem ser consideradas, sem que para isso se justifique o peso dessa etapa da vida como mero momento de evitar a existência de adolescentes e adultos problemáticos no futuro – o que seria uma volta à doutrina da situação irregular.

Assim, o Marco Legal deve ser o espaço de formulação de consensos, de fortalecimento mútuo das diversas instâncias de proteção e promoção dos direitos da criança. Deve ser o aparato central da validação e institucionalização de experiências exitosas, assim como o principal agente fiscalizador das políticas ineficazes.

Destarte, o Distrito Federal tem agora o desafio de concretizar os avanços conquistados e, além disso, garantir que a prioridade absoluta da infância, expressa na construção de políticas públicas que atendam crianças de 0 a 6 anos de idade, possa ser percebida na vida cotidiana dos indivíduos. A convicção de que somente pela primeira infância será possível existir um mundo com justiça social e pleno exercício da cidadania move as atividades do Comitê Distrital, que permanece atento também àquilo que as crianças têm a dizer, pois a maior lição aprendida com elas foi que ouvi-las é um exercício transformador não apenas da realidade

destas, mas, sobretudo, significa um ato de humildade e reconhecimento dos adultos quanto à amplitude do crescimento que as crianças proporcionam a todos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. *Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm, acesso em 25 de setembro de 2014.

BRASIL. Projeto de Lei 6998/2013. *Altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_emendas?idProposicao=604836&subst=0. Acesso em: 7 set. 2014. Texto Original.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

CONSELHO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Resolução ordinária Nº 135/2013, de 28 de novembro de 2013. *Aprova o Plano Distrital pela Primeira Infância*. Diário Oficial do Distrito Federal. 3 dez. 2013; Seção 1:44.

ESCUTAR AS CRIANÇAS (FAÇA VOCÊ MESMO). Direção: Gustavo Amora. Em: *Participação de Crianças no Plano Distrital pela Primeira Infância*. Secretaria de Estado da Criança: Brasília, 2014. 1 DVD, v.1, cap. 2 (14 min.), NTSC, color.

ESCUTAR AS CRIANÇAS. Direção: Gustavo Amora. Em: *Participação de Crianças no Plano Distrital pela Primeira Infância*. Secretaria de Estado da Criança: Brasília, 2014. 1 DVD, v.1, cap. 1 (5 min.), NTSC, color.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Brasília, 2010.

SECRETARIA DA CRIANÇA. Portaria nº 257, de 5 de novembro de 2012. *Constituir Grupo de Trabalho para elaboração das propostas da Secretaria da Criança para construção do Pacto pela Primeira Infância*. Diário Oficial do Distrito Federal. 7 nov. 2012; Seção 2:57.

_____. Decreto Nº 34.136 de 5 de fevereiro de 2013. *Cria, no âmbito do Distrito Federal, o Comitê pela Primeira Infância*. Diário Oficial do Distrito Federal. 6 fev. 2013; Seção 1:60.

_____. *Plano Distrital pela Primeira Infância*. Comitê Distrital pela Primeira Infância. Brasília, 2013.

_____. Decreto Nº 35.228 de 14 de março de 2014. *Altera o Decreto nº 34.136, de 5 de fevereiro de 2013, que cria, no âmbito do Distrito Federal, o Comitê pela Primeira Infância*. Diário Oficial do Distrito Federal. 17 mar. 2014; Seção 1:2.

_____. Decreto Nº 36.509 de 22 de maio de 2015. *Altera o Decreto nº 34.136, de 5 de fevereiro de 2013, que cria, no âmbito do Distrito Federal, o Comitê pela Primeira Infância e delimita as suas atribuições*. Diário Oficial do Distrito Federal. 25 mai. 2015; Seção 1:2.

PRIORIDADE ABSOLUTA? A PRIMEIRA INFÂNCIA NO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL DO DISTRITO FEDERAL

Eduardo Chaves

*Assistente Social, Mestre em Psicologia
Coordenador do Comitê Distrital pela Primeira Infância
Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal*

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a concretização prática dos direitos da Primeira Infância a partir da análise do planejamento governamental do Distrito Federal no período de 2004 a 2015¹. A partir de pesquisa realizada pelo autor, analisou-se a materialização dos direitos fundamentais de crianças de 0 a 6 anos de idade por meio do estudo dos Planos Plurianuais do Governo do Distrito Federal (Lei nº 3.157, de 28 de maio de 2003, Lei nº 4.007, de 20 de agosto de 2007, e Lei nº 4.742, de 29 de dezembro de 2011). Neste último, no que diz respeito ao orçamento, a análise formal privilegiou os anos de 2012 e 2013, uma vez que para os anos de 2014 e 2015 não se tinham relatórios oficiais consolidados no período de realização da pesquisa.

1. PESQUISA

Metodologicamente, o presente estudo configurou-se como uma pesquisa documental que teve por norte analisar em que medida o planejamento governamental do Distrito Federal tem considerado as demandas específicas da população de 0 a 6 anos da referida Unidade da Federação (UF). Tal percurso metodológico considerou que a construção de políticas públicas eficazes possui a qualidade e a quantidade como duas vertentes indissociáveis (DEMO, 2009). Longe de almejar generalizações inquestionáveis, este estudo adotou a perspectiva qualitativa, visando respaldar e incitar a formulação de políticas públicas relevantes.

Por meio de análise de documentos oficiais relativos aos Planos Plurianuais do Governo do Distrito Federal, o percurso da análise das informações buscou as referências e inferências à categoria de análise em tela, precedendo a análise formal do que é observado, tanto em termos absolutos quanto em termos proporcionais a outros aspectos orçamentários. No que tange às leituras do orçamento, foi utilizada uma versão adaptada da metodologia desenvolvida pela Associação Contas Abertas, em parceria com o Instituto da Infância (IFAN), que permitiu o rastreamento de palavras-chave alusivas à primeira infância e o contexto em que eram mencionadas nas peças orçamentárias (RNPI, 2014).

¹ Este artigo deriva de trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Inteligência de Futuro, promovido pela Universidade de Brasília em parceria com a Fiocruz, realizado pelo autor no período de 2013 a 2015.

Neste sentido, ainda que não exclua outras variáveis importantes, o presente estudo pretendeu observar se a noção de prioridade absoluta mencionada no art. 227 da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988) e no art. 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) se manifesta em termos concretos do planejamento governamental e do orçamento público do Distrito Federal, possibilitando, assim, que sejam feitas contribuições que auxiliem o Poder Público e a sociedade civil no aprimoramento das políticas públicas para crianças de 0 a 6 anos de idade.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Doravante, serão apresentados e discutidos os principais resultados encontrados a respeito da manifestação da prioridade absoluta da infância nas peças orçamentárias do Governo do Distrito Federal e suas implicações para a construção de políticas públicas para crianças de 0 a 6 anos de idade. Após a leitura dos documentos, os indicadores de análise foram realocados e destrinchados sob a égide do referencial teórico adotado. A partir dos indicadores, os dados foram apresentados e analisados em blocos específicos, conforme propôs o instrumental de análise documental, a saber: Referências à temática; Orçamento total; Orçamento Criança e Adolescente (OCA); Programa de Governo; e Outros achados.

2.1. O Plano Plurianual 2004-2007

“(...) promover a distribuição diária de 1 (um) litro de leite e de 1 (um) pão por criança com idade entre 6 meses e 6 anos, mulheres gestantes e nutrizes” (única menção explícita no PPA de política para a primeira infância, pela Secretaria de Estado de Solidariedade).

A apresentação do Plano Plurianual de 2004-2007 inicia contextualizando a importância deste instrumento de planejamento, da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA). A partir daí, o foco seria a questão da aceleração do “crescimento econômico e financeiro do Distrito Federal, permitindo melhorias na qualidade de vida da sua população” (GDF, 2004).

Para o período em tela, o Distrito Federal dispôs de R\$ 41,6 bilhões, divididos em 4 (quatro) agendas-base para a ação governamental, a saber: 1) agenda social; 2) agenda de desenvolvimento econômico; 3) agenda de infraestrutura; e 4) agenda de gestão pública.

No que tange à agenda social, a prioridade indicada foi “atuar nos fatores estruturais, de forma a atacar as causas dos problemas, e também nos seus efeitos, para atenuar os sofrimentos dos mais pobres”. E o principal desafio indicado foi a realização de “ações integradas de combate à indigência e à pobreza, por meio de políticas que promovam o desenvolvimento humano e a responsabilidade social”. Neste sentido, é possível observar a indicação de que a política de assistência social é destinada àqueles em situação de “indigência” e “pobreza”, em um nítido viés assistencialista que mais dialoga com a Doutrina da Situação Irregular do que com a Doutrina da Proteção Integral, da qual o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é normativa central, juntamente com a Carta Magna de 1988.

Nas demais agendas (de desenvolvimento econômico, de infraestrutura e de gestão pública), não há qualquer inferência a políticas públicas para crianças e adolescentes. Assim, a partir do enfoque do presente estudo, a não observação de questões alusivas à primeira infância nas demais agendas levantou a hipótese de

que o orçamento público destinado às crianças seria restrito às ações de atendimento a direitos violados, em uma perspectiva adultocêntrica na formulação das políticas públicas.

Do ponto de vista da execução e condução das políticas, **a área da criança e do adolescente foi mencionada como de responsabilidade das Secretarias de Estado de Governo** (“estabelecer as políticas voltadas aos direitos da mulher, do negro, da criança e do adolescente, bem como ao combate ao uso de entorpecentes”), **de Ação Social** (com diretrizes para “fortalecer a família como eixo de intervenção, priorizando atendimento à maternidade, à infância, à adolescência, pessoas portadoras de deficiências (sic)”, “regulamentar e conceder benefícios que possibilitem satisfação de necessidades básicas e acesso da população excluída (sic) a bens e serviços” e “priorizar ações voltadas ao atendimento das crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, principalmente aquelas vítimas de violência, exploração sexual e trabalho infantil”), **de Educação** – focando na questão da universalização do “atendimento da população na faixa etária da educação infantil e o ensino médio, garantindo o seu acesso e a sua permanência na escola” e **de Segurança Pública** (“ampliar os projetos Esporte à Meia Noite e “Picasso não Pichava”, voltados para crianças e adolescentes envolvidos ou vulneráveis à prática delituosa”). Novamente, a infância foi considerada como objeto de intervenção do Estado, a fim de evitar práticas delituosas, além do fato de que não considera crianças de 0 a 6 anos de idade como titulares de direitos que perpassem a segurança pública.

Entretanto, se o caráter repressor e paternalista pôde ser inferido na análise do discurso conceitual do Plano Plurianual 2004-2007, em um momento, apenas, há clara alusão à primeira infância em todas as peças analisadas. Trata-se de um objetivo da Secretaria de Estado de Solidariedade do Distrito Federal, que almeja “promover a distribuição diária de 1 (um) litro de leite e de 1 (um) pão por criança com idade entre 6 meses e 6 anos, mulheres gestantes e nutrizas”.

Observou-se que os dados sobre gastos com crianças e adolescentes não estão especificados em termos de indicar a execução relativa a essa parcela da população. O mais próximo que o Plano Plurianual 2004-2007 define como direcionado à infância e adolescência é visto na definição constante do Anexo III – Programas, Ações e Orçamentação, especificamente nos Programas 0208 – Proteção Social a Indivíduos e Famílias, 0209 – Apoio Socioeducativo a Crianças e Adolescentes, 0300 – Assistência Integral Materno-infantil, 1500 – Fortalecimento das famílias de baixa renda e 2500 – Saúde em Família.

Outro ponto que torna difícil a aferição do Orçamento Criança e Adolescente (OCA) no período 2004-2007, mas que permite inferir a intencionalidade do planejamento governamental por meio do Plano Plurianual, é o fato de que apenas em 2008 foi criada a Lei nº 4.086, que institui o relatório Orçamento Criança e Adolescente como instrumento de controle social e fiscalização do orçamento público na área da criança e do adolescente.

Além disso, ao que pese a ausência de informações acerca dos anos de 2004 e 2005, do orçamento total de R\$ 42 bilhões, apenas R\$ 922 milhões aproximadamente foram destinados ao OCA, o que equivale a 2,19% do total. Ao se considerar a despesa executada, o referido valor cai para 1,39% do orçamento destinado a políticas para crianças e adolescentes, com ínfimos 0,02% alocados, sem garantia de execução, para a primeira infância. Logicamente, esse valor não inclui políticas transversais e outras específicas como, por exemplo, a educação infantil e a saúde, que possuem destinação própria nos programas orçamentários, mas demonstra que a primeira infância não dispunha – no período analisado – de atenção para além das obrigações legais e constitucionais mínimas.

No que se refere às políticas de educação e saúde, os dados nos anos seguintes estão mais acessíveis, o que possibilita uma análise nominal detalhada. Assim, ainda que não houvesse tal mecanismo de controle

social do planejamento e orçamento público para crianças e adolescentes materializado pela Lei nº 4.086/2008, nota-se que o período em tela representou grandes dificuldades para os formuladores de políticas públicas, executores operadores do direito da infância e, tendo em vista a recorrência no uso de termos e conceitos que coadunam com os preceitos da Doutrina da Situação Irregular como, por exemplo, “indigentes”, “menores”, “infratores”, além das poucas aproximações observáveis ao ECA e à Doutrina da Proteção Integral, o que fatalmente se manifestou no referido planejamento governamental e respectivas dotações orçamentárias.

2.2. O Plano Plurianual 2008-2011

A partir de 2008, primeiro ano de validade da Lei nº 4.007, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre o Plano Plurianual para o quadriênio seguinte, houve a prerrogativa institucional para fiscalização e monitoramento do relatório Orçamento Criança e Adolescente (OCA). Trata-se na edição da Lei nº 4.086, de 28 de janeiro de 2008, que criou esse relatório como instrumento de controle social e fiscalização da destinação e execução do orçamento público nas áreas relacionadas com criança e adolescente.

Como de costume, o Plano Plurianual inicia reafirmando o compromisso daquele governo em “acelerar o crescimento econômico e financeiro do Distrito Federal, orientado para melhorias na qualidade de vida de sua população”. Para tanto, foram previstos R\$ 45,1 bilhões, ou seja, pouco mais de 7% de aumento em relação ao quadriênio anterior. Para tanto, esse Plano Plurianual foi detalhado pela seguinte estrutura: visão, macro-objetivos e projetos estratégicos.

Trazendo a análise para o objeto de estudo em questão, observa-se que tanto a visão (o Distrito Federal como referência de desenvolvimento com igualdade social) quanto os quatro macro-objetivos (redução das desigualdades, desenvolvimento humano e social; desenvolvimento urbano, ordenado e sustentabilidade ambiental; crescimento, inovação e competitividade, geração de emprego e renda; e equilíbrio fiscal, gestão para resultados, eficiência e qualidade dos serviços e do atendimento) podem ser considerados estruturantes para a construção de programas de governo que contemplem a primeira infância, tendo em vista que todos os pontos elencados anteriormente perpassam a gestão pública de políticas para esse seguimento da população.

Entretanto, tal prerrogativa não se materializa nos projetos estratégicos, que se mostram difusos e com pouca menção a eventuais melhorias da vida de crianças e adolescentes, em especial da primeira infância. Esses projetos se balizam pela chamada Agenda Estratégica, criada pelo Decreto nº 27.691, de 6 de fevereiro de 2007, que instituiu o Modelo de Gestão para Resultados. É inexistente qualquer menção a ações para crianças de até 6 anos de idade, há apenas uma sinalização quanto ao atendimento a “530 mil alunos da rede pública de ensino” – Projeto Dentista na Escola – “alfabetização dos 2,5% da população entre 15 e 29 anos que se declaram analfabetos” – Projeto Erradicação do Analfabetismo – e “criação de espaço de convivência que ofereça *atividades técnicas e culturais à (sic) 5 mil jovens entre 12 e 18 anos de idade*, em situação de vulnerabilidade social” – Projeto Cidade dos Meninos.

A primeira menção a políticas para crianças e adolescentes aparece no item “outros projetos”, dentro do segmento “desenvolvimento social” com a manutenção do Programa “Renda Mínima”, que inclui a ação de “Pão e Leite”, herança do Plano Plurianual anterior, ainda que sem mencionar a faixa etária a que se destina. No que diz respeito à educação, o referido Plano pretendia a “universalização do ensino² infantil (0 a 6 anos)”, não fazendo, entretanto, menção à melhoria da qualidade do atendimento já ofertado. Nas demais linhas

2 Sic.

estratégicas não há quaisquer referências diretas de ações para crianças, mas apenas inferências pontuais, sem precisar a faixa etária alvo da ação, como, por exemplo, o projeto destinado à área da saúde.

Nesse sentido, é apenas no Anexo II – Tabela de Programas e Objetivos, que aparecem as primeiras menções diretas a ações destinadas a crianças. Tem-se, portanto, os programas 0300 – assistência integral materno-infantil, que objetiva “acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 4 anos e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, bem como câncer cérvico uterino”; 1504 – combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, que objetiva “estabelecer um conjunto de ações articuladas de prevenção, atendimento e defesa de direitos, que permitam a intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes”; 1505 – erradicação do trabalho infantil, com o objetivo de “promover ações que possibilitem a prevenção e erradicação do trabalho de crianças e adolescentes *em atividades consideradas perigosas, insalubres ou penosas*”; 2403 – proteção e cuidado infantil, visando “garantir a promoção, proteção, defesa e a inclusão de crianças nas políticas sociais visando assegurar-lhes os direitos fundamentais, enquanto pessoa em desenvolvimento”; e 0142 – educando sempre, que pretendia “promover ações que objetivem a manutenção da educação infantil, do ensino fundamental, do ensino médio e da educação profissional”.

As informações apresentadas anteriormente já seriam suficientes para demonstrar que não houve priorização da infância pelo planejamento governamental, seja pelas raras menções às crianças ou adolescentes em termos conceituais, por apenas se referir às obrigações constitucionais nas áreas da saúde e da educação infantil, seja por reforçar ações paternalistas do governo anterior. Neste sentido, o enfoque orçamentário para o quadriênio em análise indicou a intencionalidade do planejamento e apontou o desprivilegiado lugar da infância nas políticas públicas do referido governo.

Do orçamento total para o ano de 2008, calculado em R\$ 11,2 bilhões, 19,37% foram destinados para políticas públicas para crianças e adolescentes. Entretanto, apenas 0,32% do montante total foi efetivamente executado em ações para crianças de 0 a 6 anos de idade. Considerando que a população do Distrito Federal em 2008 era de 2.557.158 habitantes, sendo 310.013 crianças de 0 a 6 anos de idade, ou 12,12% do total, destinar apenas 0,32% de recursos orçamentários para a primeira infância retrata a incoerência do texto do Plano Plurianual, uma vez que a noção de desenvolvimento social de curto, médio e longo prazos do referido documento nem sequer considera o investimento na infância como parte desse processo. [COLOCAR EM DESTAQUE, COMO BOX]

Outro ponto que chama atenção é a destinação de R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para o “apoio e assistência à criança e ao adolescente no sistema socioeducativo”. Ao que pese a execução zero deste montante, o equívoco conceitual grave em relação a considerar crianças como sujeitos de políticas relativas ao cumprimento de medidas socioeducativas – que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), são aplicáveis apenas a adolescentes – demonstra a pouca compreensão dessa peça orçamentária e do planejamento sobre as reais necessidades da população. Além disso, dos R\$ 3,6 milhões destinados inicialmente para construção e reforma de creches, nada foi empenhado, ainda que a demanda por esse serviço seja uma das mais fortes solicitações das comunidades em Regiões Administrativas (RAs) com menor índice de acesso à educação na faixa etária em questão.

O cenário tortuoso para crianças e adolescentes – e por consequência para o futuro de toda a sociedade, especialmente para a primeira infância, se manteve em 2010. Em dados brutos, nota-se um alto índice de

3 Idem.

execução orçamentária total: 93% do OCA. No que diz respeito à primeira infância, houve 71% de despesas executadas em relação ao valor inicialmente fixado. Entretanto, com um olhar mais cuidadoso sobre a intencionalidade dos gastos públicos, percebe-se que grande parte do Orçamento Primeira Infância (OPI) foi direcionada à manutenção e custeio de espaços físicos da educação infantil, com 64,7% ou R\$ 35,1 milhões. O restante do montante foi aplicado na proteção social básica (32,1%), na proteção social especial (2,3%) e na atenção primária à saúde da criança, com parcos 0,74% do OCA executado em relação a esse último item.

É importante frisar que a Carta Magna de 1988, em seu art. 212, obriga que pelo menos 25% da receita líquida de impostos e transferências dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e 18% em relação à União devem ser investidos em educação. No caso da política de saúde, o valor não pode ser inferior a 12% pelos Estados e 15% dos Municípios. A orientação é geral, destinada a todos os programas de atendimento, gestão e manutenção das políticas públicas, que podem ser ampliadas (e nunca diminuídas) a critério dos governos estaduais ou municipais (BRASIL, 1988). Outrossim, ao observarmos que apenas 0,74% do OCA – o que significa ínfimos 0,002% do orçamento total – foi efetivamente direcionado à atenção primária em saúde de crianças, expõe-se o retrato do descaso com essa parcela da população, especialmente em se tratando de uma política fundamental para o pleno desenvolvimento da primeira infância, que representa um população com direitos próprios, mas também com diretas repercussões para o futuro da sociedade como um todo.

No campo da educação também se observa uma convergência com o cenário posto para a primeira infância no acesso à saúde primária, uma vez que os R\$ 15,4 milhões inicialmente destinados à construção de creches e unidades de educação infantil foram integralmente contingenciados e realocados em pastas e áreas não especificadas. Entretanto, pode-se constatar que algumas áreas tiveram maior execução orçamentária que o inicialmente planejado, sugerindo maior prioridade a tais demandas que as da primeira infância. Um exemplo deste fato é o programa de atendimento ao adolescente em conflito com a lei, que teve despesa executada de R\$ 25,3 milhões frente ao inicial fixado em R\$ 10 milhões.

O último ano de vigência deste Plano Plurianual, que correspondeu o primeiro ano do governo eleito após a crise política conhecida como “Caixa de Pandora”, na qual foi decretada a prisão do ex-governador José Roberto Arruda – fato inédito na história do país –, se mostrou especialmente difícil para as políticas para crianças e adolescentes. Descrédito da população com a política e cobrança por melhorias na economia marcaram o ano de 2011, que terminou por escamotear como nunca a primeira infância nas peças orçamentárias do Governo do Distrito Federal (GDF).

A primeira constatação, nesse sentido, foi a nova redução do OCA, na direção contrária ao orçamento total, que teve aumento de R\$ 2,3 bilhões. A despesa executada para crianças e adolescentes foi a segunda pior do quadriênio em análise, ficando atrás apenas do fatídico ano de 2009, ainda que o ano de 2010 tenha sido pior para a primeira infância, que teve menos recursos que no ano anterior.

Novamente, a maior parte dos recursos executados foi destinada à manutenção de unidades de atendimento já existentes, que corresponderam a R\$ 63 milhões executados, equivalentes a 83,7% do valor total. A construção de creches, que se insere no campo dos investimentos, representou 15,6% dos recursos empenhados, no total de R\$ 11,7 milhões. Entretanto, apenas uma unidade foi efetivamente construída, ao valor total de R\$ 3,3 milhões.

O viés contraditório desta peça orçamentária teve uma nova manifestação no ano de 2011. Se por um lado houve 97,8% de execução do orçamento para a primeira infância, por outro, a política de assistência social na atenção a crianças de 0 a 6 anos de idade foi quase que completamente esquecida. Dos R\$ 24,5 milhões destinados no OCA para a proteção social básica, nenhum valor foi alocado ao atendimento específico

dessa faixa da população. No âmbito da proteção social especial, dos R\$ 7,3 milhões fixados no OCA, R\$ 2,3 milhões foram destinados à primeira infância, com execução insignificante de apenas R\$ 6 mil.

Por fim, como síntese do descalabro das políticas para a primeira infância ao final de mais um ciclo do planejamento governamental, observa-se que inicialmente não havia recursos para a modernização e adequação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal – Prog. 0214, o que mudou no decorrer do ano de 2011, com a autorização de R\$ 1 milhão para a construção do bloco materno-infantil e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal do Hospital Regional de Ceilândia (HRC) – valor que acabou por não ser empenhado.

2.3. O Plano Plurianual 2012-2015

A partir de 2012, pela primeira vez desde a redemocratização do país ao final da década de 1980, o Distrito Federal teve um planejamento de governo elaborado pelo mesmo partido político responsável pela esfera federal. A despeito das coligações partidárias, havia um sentimento de que a construção de políticas públicas tivesse maior transversalidade e participação da União nas ações distritais – fato corroborado ao se adotar o modelo de orientações para elaboração do Plano Plurianual 2012-2015 proposto pela Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos (SPI) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG).

Não se trata de fazer uma análise comparativa entre os planejamentos de governo entre as esferas federal e distrital, ou seja, a intencionalidade do Plano Plurianual do Distrito Federal não poderia ter como argumento, em caso de insucesso de execução, o distanciamento de concepção com o Governo Federal. Tal intencionalidade, expressa na apresentação da Lei nº 4.742, de 29 de dezembro de 2011, averbera:

[...] este PPA é mais do que a mera quantificação física e financeira de metas para despesas de capital e outras delas decorrentes, bem como das relativas a programas de duração continuada, para o período de 2012-2015. Ele é o resultado de uma escolha: fazer de Brasília um exemplo de civilidade (GDF, 2011).

Entretanto, de acordo com a tendência mundial de priorização da primeira infância como alicerce de uma sociedade mais justa e menos desigual, reforçada pela construção do Plano Nacional pela Primeira Infância (RNPI, 2010), o texto da supracitada Lei não aparenta ter clareza da posição estratégica central das políticas públicas para crianças nos primeiros anos de vida em relação ao alcance do objetivo de tornar a capital federal um exemplo de civilidade.

Ao analisar os dados coletados sobre os programas temáticos, nota-se que a questão dos macrodesafios de redução de desigualdades sociais perpassava a estratégia de “desenvolvimento integral da infância e da adolescência”. Entretanto, se por um lado a concepção deste programa era de vanguarda, por outro, a própria organização do planejamento de governo não possibilitara que o referido programa deixasse de ser apenas uma menção formal em um documento para tornar-se uma realidade na vida de crianças e adolescentes. Em especial, de mudança estrutural em relação à primeira infância, conforme verificado na compreensão dos Planos Plurianuais dos dois ciclos políticos anteriores.

Nesse sentido, o Plano Plurianual definiu o programa temático 6223 com o objetivo de promover o desenvolvimento integral da infância e adolescência, atendendo às demandas de proteção e defesa dos seus direitos. O texto de contextualização sobre o percurso histórico de garantia de direitos do referido contingente populacional, bem como o detalhamento da proposta pelo seu objetivo específico, metas, indicadores e ações orçamentárias para o quadriênio em questão parece um documento à parte do restante dos macrodesafios, tamanho seu detalhamento sobre o que se entende por desenvolvimento integral.

Como exemplo, o referido programa temático possuía a meta de “atender 100% das crianças do Distrito Federal, na faixa de 0 a 6 anos”, assim como “realizar acompanhamento de 100% das gestantes (...)”, com a progressão de 20% no 1º ano, 50% no 2º ano, 80% no 3º ano, até os 100% no último ano (2015).

Diferentemente dos Planos Plurianuais dos ciclos anteriores, onde a primeira infância era inferida nos diversos programas estratégicos, sem que tal fato significasse intersetorialidade ou atendimento integral às demandas dessa faixa da população, o planejamento governamental em tela permitia que um único objetivo específico, se integralmente desenvolvido, possibilitasse uma radical transição, ainda que tardia, da condição de crianças enquanto objeto de intervenções do Estado, como vinham sendo tratadas desde a redemocratização do país, para a condição de sujeitos de direitos. No entanto, a intencionalidade de toda a estrutura política, que pôde ser diagnosticada logo nas primeiras análises na Lei nº 4.742/2011, não permitiu que a construção técnica proposta pelo programa temático 6223 chegasse, de fato, às crianças do Distrito Federal.

Três pontos sustentam tal afirmação. O primeiro se dá em relação à estrutura administrativa do órgão responsável pela implementação do referido programa temático – a Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal (SECriança). O segundo reside na constatação de que a política orçamentária não se atinou à complexidade do objetivo estratégico. E o terceiro ponto diz respeito ao fato de que não se construiu uma proposta pactuada como ação de governo, mas como projeto de uma única Secretaria de Estado.

A síntese dos aspectos acima pode ser uma via para explicar o fracasso na proposição. Assim, o primeiro aspecto, catalisado por notícias de fugas e mortes de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, impossibilidade de acompanhamento de denúncias de violações de direitos pelos conselhos tutelares, insatisfação dos mais de 1.500 servidores em relação às condições de trabalho, entre outros vieses, findaram por colocar uma nuvem carregada sobre as demais áreas de responsabilidade da SECriança, em especial as demandas do programa 6223.

O segundo ponto de argumentação – quesito orçamentário – seguiu a mesma lógica dos programas de governo e sua relação com a exequibilidade dos objetivos estratégicos. Em outras palavras, os recursos fixados foram proporcionalmente baixos para a amplitude transformadora que o programa 6223 propunha, ao passo que a sangria da proposta se confirmava a cada ano de receita empenhada e efetivamente utilizada nas políticas para a área.

Em 2012, o total de despesa fixada para o OCA foi de R\$ 3,3 bilhões, com R\$ 3,1 bilhões executados, ou 93,9% do valor total. No que diz respeito ao Orçamento Primeira Infância (OPI), tal proporção foi de 69,7%, com R\$ 334,1 milhões executados da receita disponível de R\$ 478,8 milhões. Essa cifra demonstra que a primeira infância tem menos priorização em termos de efetividade das políticas públicas para crianças e adolescentes de forma geral, as quais, por sua vez, já não possuem destaque diante das demais políticas previstas no orçamento. O OCA representa apenas 18,2% do orçamento total para atender uma população que representa 30% dos habitantes do Distrito Federal, ao passo que o OPI disponibiliza 2,5% do orçamento total para atender aproximadamente 10% da população, ou seja, 252 mil crianças de 0 a 6 anos de idade.

Nesse ínterim, os mais de R\$ 144 milhões que não foram executados do OPI reforçam o interesse do Estado por outras ações que não as de visão de futuro, como investir na primeira infância. A título de exemplo, dos R\$ 2,5 milhões inicialmente destinados à construção de unidades de internação para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, houve suplementação, no valor total de R\$ 13,7 milhões – aumento de mais de 500% do valor inicial. Em parte, tal medida se justificou pela pressão social e pelo consequente

ganho político decorrente da desativação do antigo Centro de Atendimento Juvenil Especializado (CAJE), que apenas seria possível pela construção de novas unidades. Ainda assim, construir unidades de internação é uma iniciativa muito menos preventiva do ponto de vista de garantia de direitos e retorno social do que, por exemplo, investir em programas de desenvolvimento integral da primeira infância.

Já o ano de 2013 foi especialmente emblemático acerca da relação das políticas para primeira infância com o planejamento governamental, em seu vértice orçamentário. Por um lado, houve maior eficiência na execução do orçamento: com 100% do orçamento fixado foi liquidado e um acréscimo de R\$ 56,3 milhões extras foram autorizados durante o exercício. Entretanto, nota-se que tal situação mostrou-se como um ponto fora da curva na relação entre a receita fixada e a despesa executada, uma vez que a maior parte dos recursos utilizados em políticas para crianças de 0 a 6 anos de idade foi direcionada a gastos com pessoal – o equivalente a 59,7% do total empenhado, e 26,6% foi gasto com custeio e manutenção. Esse total, somado aos R\$ 56,1 milhões oriundos do Governo Federal, pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), para construção de unidades de educação infantil, resulta em um montante de R\$ 345,1 milhões, restando apenas R\$ 10,1 milhões para as demais ações – leia-se, investimento em infraestrutura e capital humano – ou 2,5% do total empenhado.

Em termos de áreas temáticas de destinação dos recursos aplicados em programas e projetos para crianças de 0 a 6 anos de idade, a política de assistência social teve 2,7% dos recursos empenhados. Fora os gastos advindos do PAC, a construção de creches teve o empenho zerado ao final do ano, ainda que houvesse R\$ 4,4 milhões fixados.

Entretanto, foi no programa de trabalho 6223 que se deu a maior discrepância entre discurso e ação. Para atender aos objetivos específicos, em especial, àqueles direcionados ao desenvolvimento integral da infância, foram fixados R\$ 43,9 milhões. No decorrer do exercício financeiro houve suplementações orçamentárias, o que permitiu um empenho total de R\$ 79,6 milhões. Ao detalhar os programas de trabalho, observou-se que do montante total empenhado, apenas R\$ 13,7 mil foram destinados à primeira infância, com o restante do recurso, ou seja, 99,98% do total, remanejado para reforma, manutenção e custeio de unidades de atendimento socioeducativo e de conselhos tutelares, além de gastos correntes relativos às atividades do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCA).

Por fim, constatou-se que houve grande isolamento da proposta junto ao governo como um todo, o que não permitiu maior capilaridade das ações que, eminentemente, deveriam ser intersetoriais, dada à natureza complexa da atenção à primeira infância – em sua intenção de garantia de desenvolvimento integral. Desse modo, evidenciou-se tanto no orçamento, quanto na articulação interinstitucional, uma situação que teve início em abril de 2012, com a mudança de gestão da SECriança e o abandono do objetivo específico relativo ao programa de desenvolvimento integral da infância e adolescência, mudando o foco para o sistema socioeducativo e reestruturação dos conselhos tutelares, em especial, para a desativação do CAJE.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi realizado no contexto das mobilizações para aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei nº 6.998/2013, também conhecido como o Marco Legal da Primeira Infância. O art. 1º do referido PL define de forma pertinente a amplitude da proposta, *in verbis*:

Art. 1º Esta lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas para a Primeira Infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e na formação humana, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 [...].

Nota-se que a ideia central é possibilitar que a garantia dos direitos da criança na primeira infância seja tratada e respaldada, legalmente, por políticas e normativas intersetoriais, sem as quais não se pode falar em proteção integral da infância.

Nesse sentido, observa-se a partir do presente estudo, que as peças orçamentárias e de planejamento governamental demonstram objetivamente o que um governo define como prioridade. Entretanto, o nível de entendimento dos gestores (técnicos ou políticos) sobre orçamento público pode configurar uma contradição entre o discurso e a possibilidade de implementação de políticas públicas. Em outras palavras, constatou-se uma abissal distância entre os conceitos de Prioridade Absoluta da Infância e Adolescência (art. 227 da CF) e da Doutrina da Proteção Integral (ECA, 1990) em relação ao que foi definido pelos Planos Plurianuais de Governo e sua manifestação no orçamento fixado e efetivamente empenhado para atender às demandas de crianças de 0 a 6 anos de idade, na capital do país.

Além disso, foi possível perceber que até mesmo na categoria conceitual “criança e adolescente”, na qual as políticas para crianças de 0 a 6 anos de idade se inserem, houve acentuada disparidade proporcional e técnica quanto à destinação de recursos. Tal constatação reforça a necessidade de uma legislação dura e específica para a primeira infância, pois foi recorrente a sobreposição de ações para adolescentes, especialmente para aqueles em cumprimento de medidas socioeducativas, ou relativas a direitos sociais já violados, em detrimento de programas e projetos para atender às necessidades dos primeiros anos de vida, que representam ações de prevenção e, inclusive, economia de recursos públicos, a longo prazo.

Também se mostrou latente a necessidade de aprimoramento da formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância em três esferas, a saber: 1) controle interno; 2) gestão pública; e 3) planejamento. O primeiro ponto remete aos mecanismos administrativos e legais que possibilitam a aferição do gasto público, em seu viés de eficácia. Em outras palavras, as estruturas internas das Secretarias de Estado responsáveis pelas políticas para crianças de 0 a 6 anos de idade possuem pouca aderência aos preceitos da prioridade absoluta, uma vez que o nível de execução orçamentário foi sempre inferior ao inicialmente fixado – e que já era baixo. Ainda que não tenha sido o foco principal dessa pesquisa analisar os mecanismos de controle interno dos órgãos aos quais foram destinados recursos para atender a essa parcela da população, a simples constância de baixa execução orçamentária, aliada à constatação da significativa disparidade entre o que é gasto com demandas de outras faixas etárias, como a adolescência, demonstra a necessidade de mais estudos sobre essa questão.

No que tange à gestão pública, tem-se outro aspecto alusivo ao item anterior: os gastos com custeio, manutenção de unidades e pagamento de pessoal foi responsável pela maior parte dos recursos executados em todas as peças analisadas. Assim, a gestão pública tem falhado em não priorizar medidas de investimento e aprimoramento dos serviços, o que impede avanços significativos para a política da primeira infância, bem como projetos de inovação que objetivem à modernização, eficácia e eficiência do serviço público.

As questões de planejamento para o período analisado foram emblemáticas, em certos termos. No Plano Plurianual 2004-2007 houve gastos e destinação de recursos basicamente para atender a exigências regimentais e normativas, sem que tais investimentos representassem melhoria comprovada da qualidade dos serviços prestados. Além disso, a única referência à primeira infância, além de sua imanenência em programas

obrigatórios relativos à educação infantil, saúde primária e inferências ao atendimento de crianças de 0 a 6 anos de idade nas demais políticas públicas, foi a ação de distribuição diária de um pão e um litro de leite para o referido contingente populacional.

A partir do ano seguinte, com o Plano Plurianual 2008-2011, observou-se que nenhum programa estratégico para o alcance do objetivo geral de “acelerar o crescimento econômico e financeiro do Distrito Federal, orientado para melhorias na qualidade de vida de sua população” considerou que uma parte fundamental para efetiva construção de tal cenário perpassa, necessariamente, pelo aprimoramento dos mecanismos de promoção dos direitos de crianças e adolescentes, em especial da primeira infância. As evidências científicas são inquestionáveis quanto à primeira infância representar o período estratégico de formação do capital humano, do qual depende o futuro de qualquer nação. A questão apresenta nesse ponto um significativo contrassenso, uma vez que o Distrito Federal possui peculiaridades em relação às demais Unidades da Federação (UFs), em parte pelas características ora de Estado ora de Município, que poderiam otimizar a arrecadação de recursos e sua execução de forma mais eficiente, tendo em vista que a não existência de prefeituras representa maior autonomia na definição de prioridades para o Distrito Federal como um todo.

A última peça de planejamento analisada, referente ao Plano Plurianual 2011-2015, permitiu constatar que toda a sociedade do Distrito Federal tem um desafio importante pela frente: tornar a primeira infância prioridade, em termos concretos. Ou seja, o discurso político deve ser representado pelo seu planejamento plurianual e, concretamente, balizado pelas peças orçamentárias, seja em termos de previsão, seja em termos de aumento da proporção de execução de recursos fixados. Nesse sentido, a simples existência de um programa de governo dedicado a implementar projetos que garantam o desenvolvimento integral da infância não foi suficiente para que crianças de 0 a 6 anos de idade fossem, de fato, consideradas prioridade; Mais ainda, que tivessem suas demandas históricas suplantadas por decisões políticas que, se por um lado justas para outra parcela da população, se relacionaram mais com a obtenção de dividendos eleitorais, tal como o remanejamento de recursos a princípio destinados para investimento na educação infantil para a construção de unidades de internação para adolescentes em conflito com a lei.

Destarte, o presente estudo demonstrou que é inadiável a necessidade de construção da Política Distrital da Primeira Infância, que defina objetivamente o Orçamento Primeira Infância (OPI) dentro das peças orçamentárias do Governo do Distrito Federal (GDF) – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), Lei Orçamentária Anual (LOA) e no Plano Plurianual. Nesse sentido, constatou-se que o Orçamento Criança e Adolescente (OCA) é insuficiente para que os primeiros anos de vida tenham a atenção compatível com a complexidade que lhe é inerente, reiterando a necessidade do fortalecimento de espaços de luta por garantias de direitos ao referido contingente populacional, como é o caso da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), da Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância, do Comitê Distrital pela Primeira Infância, do CONANDA, assim como de Organismos Internacionais, entre outros.

Espera-se que as análises aqui apresentadas possam ensinar novas pesquisas, que considerem fundamental as peças orçamentárias e de planejamento de governo para a garantia da prioridade absoluta da infância na formulação e execução de políticas públicas. Em outras palavras, a sociedade civil e toda a população do Distrito Federal não podem negligenciar o empenho de forças na discussão dos Planos Plurianuais e sua concretização também nos quesitos orçamentários, que se mostraram tanto uma janela de oportunidade para a primeira infância, quanto um risco de retrocesso significativo na defesa dos direitos de crianças de 0 a 6 anos de idade. Do desenvolvimento saudável de nossas crianças depende a sustentabilidade de nossa sociedade e de nosso próprio crescimento econômico, como já comprovou o Prêmio Nobel em Economia, James Heckman.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 4 de março de 2015.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei federal nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. *Projeto de Lei 6.998 de 2013*. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1306744&filename=Tramitacao-PL+6998/2013

DEMO, P. *Pesquisa e informação qualitativa: aportes metodológicos*. 4ª ed. Campinas: Papirus, 2009.

HECKMAN, J. "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children", *Science*, 312, 30 jun. 2006

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. *Lei nº 3157 de 28 de maio de 2003, Plano Plurianual (2004-2007)*.

_____. *Lei nº 4007 de 20 de agosto de 2007, Plano Plurianual (2008-2011)*.

_____. *Lei nº 4742 de 29 de dezembro de 2011, Plano Plurianual (2012-2015)*.

_____. *Leis de Diretrizes Orçamentárias, Leis Orçamentárias Anuais, Normas Regulamentares, Relatórios de Execução Orçamentária*. Disponível em <http://www.seplag.df.gov.br/planejamento-e-orcamento/orcamento-gdf.html>. Acesso em 5 de março de 2015.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA - RNPI. *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Brasília, dezembro, 2010. Disponível em: www.primeirainfancia.org.br. Acesso em 3 de março de 2015.

_____. *Orçamento Primeira Infância*. Fortaleza, dezembro, 2014. Disponível em: www.primeirainfancia.org.br. Acesso em 3 de março de 2015.

EDUCAÇÃO INFANTIL: UM DESAFIO PARA OS MUNICÍPIOS

Mariza Abreu

*Consultora para a área de educação
Confederação Nacional dos Municípios*

É crescente a compreensão da importância da primeira infância para o desenvolvimento tanto da pessoa quanto da sociedade. Crianças que recebem cuidado e educação adequados serão indivíduos com melhores condições de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento e maior potencial de aprendizagem. Ao mesmo tempo, investimentos na primeira infância implicam menos despesas com saúde e segurança e maiores possibilidades de desenvolvimento econômico e de avanços na construção de uma sociedade com justiça social.

Em decorrência, crescem no país as iniciativas voltadas para a primeira infância implementadas pelo poder público e organizações não governamentais. Visando contribuir com o debate acerca das políticas para a primeira infância, o presente artigo abordará a evolução recente da legislação relativa à educação infantil e às questões controversas presentes no debate nacional sobre esse tema.

LEGISLAÇÃO VIGENTE

1. Constituição Federal

O direito à educação das crianças na primeira infância é regulado no art. 208 da Constituição Federal, que dispõe sobre o dever do Estado brasileiro em relação à educação.

No texto original de 1988, no inciso IV desse artigo inscreveu-se entre os deveres do Estado para com a educação o “atendimento em creche e pré-escola às crianças de 0 a 6 anos de idade”. Pela Emenda Constitucional nº 53, de 2006, que criou o Fundeb⁴, esse dispositivo foi alterado para garantia de “educação infantil, em creche e pré-escola, às crianças até 5 anos de idade”. Na realidade, essa mudança consiste em adaptação do texto constitucional à introdução na Lei nº 9.394, de 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), pelas Leis nº 11.114, de 2005, e nº 11.274, de 2006, do ensino fundamental de nove anos letivos com matrícula obrigatória aos 6 anos de idade. Essa iniciativa constava como meta do primeiro PNE, que previa “ampliar para nove anos a duração do ensino fundamental obrigatório com início aos 6 anos de idade, à medida que for sendo universalizado o atendimento na faixa de 7 a 14 anos”.

4 Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), com vigência por 14 anos, de 2007 a 2020.

Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009, alterou a redação do inciso I, ampliando o dever do Estado de garantia do “ensino fundamental obrigatório e gratuito” para “educação básica obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos de idade”, com implementação progressiva até 2016 e apoio técnico e financeiro da União⁵.

2. Lei de Diretrizes e Bases da Educação

Foi a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, que introduziu as expressões *educação infantil* e *educação básica* na organização da educação escolar brasileira, expressões posteriormente incorporadas ao texto constitucional pelas EC nº 53, de 2006, e nº 59, de 2009. Desde o texto de 1996 da LDB, a educação infantil é compreendida como primeira etapa da educação básica, sendo oferecida em creches e pré-escolas.

Em consequência, as creches e pré-escolas, que até então predominantemente integravam o sistema de assistência social, deveriam ser integradas ao respectivo sistema de ensino no prazo de três anos, a contar da publicação da LDB em 1996, por força das disposições transitórias dessa Lei (art. 89).

No que se refere à educação infantil, a LDB somente foi alterada pela Lei nº 12.796, de 2013. Em primeiro lugar, as alterações então promovidas tratam da idade para a educação escolar. No art. 6º, a nova redação dispõe sobre o dever dos pais ou responsáveis de matricular na escola as crianças a partir dos 4 anos de idade, e não dos 7 anos como no texto original de 1996 ou dos 6 anos conforme alteração da Lei nº 11.114, de 2005. Combinado com o texto da EC nº 59, de 2009, a obrigatoriedade da matrícula na pré-escola passa a vigor a partir deste ano de 2016. Da mesma forma, nos artigos 29 e 30, a faixa etária correspondente à educação infantil passa a ser das crianças com “até 5 anos”, em lugar de “até 6 anos”, e a idade própria para a pré-escola, de “4 a 5 anos” em lugar de “5 a 6 anos”.

Entretanto, a mudança mais significativa promovida pela Lei nº 12.796, de 2013, foi no art. 31 da LDB, com substituição de um dispositivo relacionado somente à avaliação das crianças na educação infantil por outro com regras comuns para a organização dessa etapa da educação escolar. Entre essas regras, a mais importante é a que aplica à educação infantil a mesma duração do ano letivo e da jornada escolar diária que, no texto de 1996, referia-se somente aos ensinos fundamental e médio⁶. Portanto, agora também a creche e a pré-escola devem ser oferecidas com um mínimo de 800 horas anuais, distribuídas por um mínimo de 200 dias de trabalho educacional. Ao mesmo tempo, a Lei dispõe que o atendimento à criança em tempo parcial é de no mínimo 4 horas diárias e de 7 horas na jornada integral. Observe-se que a Lei não se refere ao mínimo de 7 horas, e sim a 7 horas diárias. Por fim, determina controle de frequência pela instituição de educação pré-escolar, exigida a frequência mínima de 60% do total de horas.

Em síntese, enquanto o texto original da LDB dispensava tratamento diferenciado à educação infantil em relação aos ensinos fundamental e médio, a Lei nº 12.796, de 2013, “escolarizou” a creche e a pré-escola. Por exemplo, se nos ensinos fundamental e médio a frequência mínima de 75% do total das horas letivas é condição para aprovação do aluno (art. 24, VI), não fica claro para que fim se passa a exigir frequência mínima de 60% das crianças na educação infantil.

5 Observe que a redação do inciso I dada pela EC nº 59, de 2009, coexiste com a do inciso IV da EC nº 53, de 2006: pelo inciso I, a pré-escola para crianças de 4 e 5 anos torna-se obrigatória a partir de 2016; pelo inciso IV, a oferta da creche e também da pré-escola para crianças de até 5 anos não está inscrita como etapa obrigatória da educação escolar.

6 LDB, art. 24 “A educação básica, nos níveis fundamental e médio será organizada de acordo com as seguintes regras comuns: I - a carga horária mínima anual será de oitocentas horas, distribuídas por um mínimo de duzentos dias de efetivo trabalho escolar, excluído o tempo reservado aos exames finais, quando houver;”

3. Obrigatoriedade e não obrigatoriedade da educação

Quanto ao direito e dever em relação à educação, há que se distinguir e interpretar corretamente o que significa determinada etapa da educação ser ou não obrigatória.

Obrigatoriedade implica dever do poder público de assegurar matrícula a todos e dever dos pais ou responsáveis de matricularem e assegurarem a frequência de crianças e jovens à escola, em contrapartida ao direito do indivíduo e da sociedade, entendida a escolarização como condição necessária à formação de indivíduos aptos à convivência social.

A obrigatoriedade tem consequências no âmbito jurídico, em defesa dos direitos da cidadania e na responsabilização dos atores sobre os quais recai o dever de assegurar o acesso à educação escolar. Por um lado, segundo a Constituição Federal (art. 208, § 1º e 2º), o acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo e seu não oferecimento, ou sua oferta irregular, importa responsabilidade da autoridade competente. E o poder público tem o dever de recensear as crianças e jovens para o ensino obrigatório – correspondente, até 2015, ao ensino fundamental e, a partir de 2016, à educação básica dos 4 aos 17 anos⁷.

Na LDB, o direito público subjetivo, restrito ao acesso ao ensino fundamental obrigatório na redação original de 1996, foi ampliado, pela Lei nº 12.796, de 2013, para o acesso à educação básica obrigatória na faixa etária dos 4 aos 17 anos, por adequação do texto legal à EC nº 59, de 2009. Qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída e, ainda, o Ministério Público (LDB, art. 5º) podem acionar o poder público na esfera judicial para exigir acesso à educação obrigatória.

Pelo lado dos pais ou responsáveis, a legislação brasileira dispõe sobre seu dever no que tange à educação obrigatória. Segundo a LDB, é dever dos pais ou responsáveis efetuar a matrícula de seus filhos ou dependentes na educação obrigatória: de acordo com o texto de 1996, a partir dos 7 anos de idade no ensino fundamental; pela redação da Lei nº 11.114, de 2005, a partir dos 6 anos no ensino fundamental; e, por fim, com a redação atual dada pela Lei nº 12.796, de 2013, a partir dos 4 anos de idade na educação básica.

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990) dispõe sobre a obrigação dos pais ou responsável de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino (art. 55) e de acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar (art. 129, V), prevendo àqueles que não cumprirem suas obrigações com os filhos ou dependentes, entre as quais a educação, a aplicação de medidas que vão desde a advertência até a destituição do poder familiar (art. 129, incisos VII a X).

Por fim, o Código Penal Brasileiro (art. 246) prevê o crime de abandono intelectual, que consiste em “deixar, sem justa causa, de prover a instrução primária de filho em idade escolar”, com pena de detenção de 15 dias a um mês, ou multa. Portanto, o abandono intelectual é crime cometido pelos pais que não matricularem suas crianças na idade escolar em estabelecimento de ensino da rede pública ou privada. Entende-se que esse conceito deve ser revisto a par das alterações relativas à obrigatoriedade do ensino promovidas na Constituição Federal e que, com a EC nº 59, de 2009, os pais passam a estar incursos nas penas do crime de abandono intelectual se não promoverem, a partir de 2016, a educação obrigatória aos seus filhos dos 4 aos 17 anos.

7 A Constituição Federal (art. 208, § 3º), mantida até hoje a redação original de 1988, dispõe sobre o recenseamento dos educandos para o ensino fundamental, enquanto a LDB (art. 5º, § 1º, incisos I, II e III), com a redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013, dispõe sobre o dever do poder público em recensear anualmente as crianças e adolescentes em idade escolar, bem como os jovens e adultos que não concluíram a educação básica; fazer-lhes a chamada pública; e zelar, junto aos pais ou responsáveis, pela frequência à escola. As recentes alterações da CF e da LDB têm gerado alguns desencontros, mas o entendimento adequado é de que o poder público deve recensear a população na idade correspondente ao ensino obrigatório.

Ao contrário, quando não há obrigatoriedade, por um lado deve se preservar o direito de opção pela educação escolar. Por outro lado, a não obrigatoriedade corresponde a metas de atendimento educacional que não implicam universalização do acesso àquela etapa da educação. É o caso tanto da creche, cuja meta do Plano Nacional da Educação é de atendimento até 2024 de no mínimo 50% da população na respectiva faixa etária, quanto da educação superior, para a qual o PNE prevê elevar a taxa líquida de matrícula para 33% da população de 18 a 24 anos de idade.

4. Plano Nacional de Educação

O Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado pela Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, contém metas relativas à educação básica, profissional e superior, tanto em relação à expansão da oferta quanto à melhoria da qualidade da educação escolar oferecida à população brasileira. Além de questões como a infraestrutura das unidades de ensino e dos equipamentos e recursos didático-pedagógicos, o Plano dispõe sobre a formação e valorização dos profissionais da educação, o currículo, a gestão educacional e a ampliação dos investimentos públicos em educação.

Entre as 20 metas e 254 estratégias do PNE, a meta 1, relativa à educação infantil, dispõe sobre o atendimento de 100% (cem por cento) das crianças de 4 e 5 anos na pré-escola até 2016, em observância da EC nº 59, de 2009, e de 50% (cinquenta por cento) das crianças de até 3 anos em creches até o final da década de vigência do PNE, em 2024.

Não há controvérsias quanto ao entendimento da meta 1 do PNE no que se refere à universalização da pré-escola até o ano de 2016, apesar de inúmeras dificuldades existentes para seu pleno cumprimento por parte de número expressivo de municípios⁸. Mas não é pacífica a compreensão da meta 1 do PNE quanto à oferta de creche para as crianças de até 3 anos de idade.

De fato, quando uma meta é 100% no país, deve ser 100% em cada Unidade Federada e em cada município. Entre outros, é o caso do atendimento das crianças de 4 e 5 anos na pré-escola até 2016. Entretanto, quando a meta nacional é 50% como no caso das creches, dois raciocínios lógico-dedutivos podem ser feitos: ou é 50% em cada município ou, então, os municípios têm metas diferenciadas de forma que o país atinja os 50% como meta nacional.

A Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino do Ministério da Educação – SASE/MEC, manifestou o seguinte entendimento da meta 1 do PNE, em sua publicação “Plano Municipal de Educação: Caderno de Orientações”, à pág. 16:

No caso específico da Meta 1, é importante observar que há dois componentes. O Componente 1 (Universalizar, até 2016, a educação infantil na pré-escola para as crianças de 4 a 5 anos de idade) é de universalização. Embora hoje cada município tenha um percentual próprio de atendimento, por força de lei todas as crianças de 4 e 5 anos de idade devem estar matriculadas na pré-escola até o ano de 2016, independentemente do percentual de atendimento atual. Portanto, as estratégias deverão ser pensadas de tal modo que todos os municípios alcancem o atendimento de 100% dentro do período previsto na meta, independentemente do ponto de partida de cada um.

⁸ Segundo os dados disponíveis, em 2016 a pré-escola ainda não está universalizada: em 2014, 89,1% de crianças de 4 e 5 anos estavam na escola e, em 2016, 600 mil crianças nesta faixa etária ainda estão fora da escola.

Já o Componente 2 (Ampliar a oferta de educação infantil em creches de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos até o final da vigência desse PNE) é diferente do anterior, porque não exige a universalização do atendimento. Nesse caso, o ponto de chegada poderá não ser o mesmo para todos os municípios, embora todos tenham que contribuir para que a média nacional alcance os 50% previstos no PNE, sempre em colaboração com o estado e com a União. Os municípios que partem de indicadores de oferta superiores a 50% continuarão realizando um esforço de ampliação, visando garantir o direito das crianças e das famílias, nesse caso, com base na demanda manifesta.

Entretanto, durante o período de 2001 a 2010, correspondente à vigência do Primeiro PNE, aprovado pela Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, que dispôs sobre a ampliação da “oferta de educação infantil de forma a atender, em cinco anos, a 30% da população de até 3 anos de idade e 60% da população de 4 e 6 anos (ou 4 e 5 anos) e, até o final da década, alcançar a meta de 50% das crianças de 0 a 3 anos e 80% das de 4 e 5 anos”⁹, não houve orientação por parte do MEC sobre o entendimento dessa meta relativa à educação infantil, especialmente quanto à creche. Em consequência, diferentes atores sociais adotaram o entendimento segundo o qual o percentual de no mínimo 50% de atendimento em creche deveria ser aplicado a cada um e a todos os municípios.

O debate sobre a divergência de interpretação da meta relativa à creche foi intensificado no contexto do novo PNE que fixou prazo de um ano, a contar da publicação da Lei, para que Estados, Distrito Federal e Municípios elaborassem seus correspondentes planos de educação, ou adequassem planos anteriormente aprovados por lei local. Por determinação da Lei, os planos estaduais e municipais deviam ser elaborados ou adequados *em consonância* com as diretrizes, metas e estratégias do PNE.

Para aprofundamento do debate, analisemos, entre as dezessete estratégias da meta 1 do PNE, aquelas que se referem à expansão da oferta dessa etapa da educação escolar. Outras dizem respeito à qualidade, como as que tratam de parâmetros de qualidade relativos à infraestrutura física, quadro de pessoal, recursos pedagógicos e à formação dos profissionais da educação infantil.

Estratégia 1.1: “definir, em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, metas de expansão das respectivas redes públicas de educação infantil segundo padrão nacional de qualidade, considerando as peculiaridades locais”.

Por um lado, esse dispositivo propõe assegurar expansão da quantidade com garantia da qualidade, de forma a impedir a repetição do que aconteceu na educação brasileira, onde uma rápida ampliação de matrículas no ensino fundamental e médio implicou expressiva queda na qualidade do ensino. Por outro lado, esse dispositivo orienta para que metas de expansão das redes públicas de educação infantil sejam definidas em regime de colaboração entre os entes federados.

De fato, metas diferenciadas de atendimento em creche nos municípios precisam ser pactuadas em âmbito nacional ou, ao menos, estadual, pois somente desta forma cada Município poderá definir sua meta de forma a contribuir para o atingimento da meta nacional ou estadual.

Estratégia 1.2: “garantir que, ao final da vigência deste PNE, seja inferior a 10% (dez por cento) a diferença entre as taxas de frequência à educação infantil das crianças de até 3 anos oriundas do quinto de renda familiar *per capita* mais elevado e as do quinto de renda familiar *per capita* mais baixo”.

9 Segundo os censos demográficos do IBGE, o atendimento educacional das crianças brasileiras de 4 e 5 anos de idade cresceu de 51,4% em 2000 para 80,1% em 2010, cumprindo-se, pois, a meta do primeiro PNE relativa à pré-escola.

Para atingir esse objetivo, a ação do poder público deverá dirigir-se para os setores de menor renda familiar da sociedade brasileira, de forma a promover equidade e justiça social.

Estratégia 1.3: “realizar, periodicamente, em regime de colaboração, levantamento da demanda por creche para a população de até 3 anos, como forma de planejar a oferta e verificar o atendimento da demanda manifesta”.

À medida que a matrícula até os 3 anos de idade não é obrigatória, o PNE introduziu na legislação vigente o conceito de “demanda manifesta” como critério de planejamento da oferta de creches.

Estratégia 1.7: “articular a oferta de matrículas gratuitas em creches certificadas como entidades beneficentes de assistência social na área de educação com a expansão da oferta na rede escolar pública”.

Esse dispositivo do PNE não só reconhece a recente expansão das matrículas na educação infantil, notadamente nas creches, ocorrida nas instituições privadas sem fins lucrativos conveniadas com as prefeituras, como orienta para a continuidade desse processo por meio da ampliação de matrículas gratuitas tanto em creches públicas quanto nas conveniadas. Em consonância com a Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, de regulamentação do Fundeb, que prevê somente até 31 de dezembro de 2016 o financiamento da pré-escola conveniada com recursos desse Fundo, o segundo PNE orienta a oferta de matrículas em instituições conveniadas apenas na creche.

Estratégia 1.10: “fomentar o atendimento das populações do campo e das comunidades indígenas e quilombolas na educação infantil nas respectivas comunidades, por meio do redimensionamento da distribuição territorial da oferta, limitando a nucleação de escolas e o deslocamento de crianças, de forma a atender às especificidades dessas comunidades, garantido consulta prévia e informada”.

Por um lado, esse dispositivo refere-se à educação infantil como um todo, e não há dúvida quanto à pré-escola tornar-se obrigatória para todas as crianças de 4 e 5 anos a partir de 2016, incluindo, pois, as residentes no campo e aquelas das comunidades indígenas e quilombolas.

Por outro lado, ao utilizar o verbo *fomentar*, em lugar de *assegurar* ou *garantir*, essa estratégia do PNE parece indicar que o legislador tem consciência das dificuldades que envolvem esse atendimento, em especial aquele a ser oferecido *nas respectivas comunidades*.

Em situações de dispersão da população em determinada área geográfica, pode tornar-se inviável o deslocamento das crianças por significativas distâncias a fim de serem reunidas em uma instituição educacional. Nesse caso, em especial para as crianças residentes na zona rural e pertencentes às famílias mais pobres, pode ser necessário que o Município implemente outra forma de atendimento, por exemplo, por meio dos programas previstos na estratégia 1.12 do PNE.

Estratégia 1.12: “implementar, em caráter complementar, programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 anos de idade”.

À semelhança do primeiro PNE, que previa “estabelecer, até o final da década, em todos os municípios e com a colaboração dos setores responsáveis pela educação, saúde e assistência social e de organizações não-governamentais, programas de orientação e apoio aos pais com crianças entre 0 e 3 anos, oferecendo, inclusive, assistência financeira, jurídica e de suplementação alimentar nos casos de pobreza, violência doméstica e desagregação familiar extrema”, o segundo PNE incorporou essa estratégia, como resultado de emenda parlamentar oferecida na Câmara dos Deputados. Importante ressaltar o caráter complementar desses programas de orientação e apoio às famílias que, portanto, não podem ser oferecidos em substituição à creche.

O DESAFIO DE CONSTRUIR A META PARA A CRECHE NOS MUNICÍPIOS

Como visto na seção anterior, de acordo com a legislação vigente, as políticas educacionais para a primeira infância devem considerar, primeiro, que a creche não é obrigatória e, segundo, que o PNE dispõe sobre o atendimento a “demanda manifesta” por creche.

Por um lado, é possível questionar o conceito de “demanda manifesta” adotado no PNE, pois podem existir crianças cujas famílias vivam em condições de vulnerabilidade social, mas não demandem atendimento ou, ao contrário, famílias que podem atender suas crianças pequenas (por exemplo, mães que não trabalham por opção familiar) e que demandem atendimento pelo poder público.

Por outro lado, lembremos que, embora entenda não se aplicar a meta de 50% de atendimento em creche a cada um dos municípios brasileiros, o MEC não apresentou proposta metodológica para calcular as metas diferenciadas para cada município ou grupos de municípios.

Nesse contexto, é possível defender que, em lugar da “demanda manifesta”, deve-se construir um “índice de necessidade” de creche de acordo com características dos municípios, como a taxa de urbanização, a renda familiar *per capita*, a participação das mães no mercado de trabalho etc.

Com esse entendimento, no Rio Grande do Sul foi instituído, em 2015, grupo de trabalho formado por representantes do governo do Estado, Federação das Associações de Municípios do Estado do Rio Grande do Sul (Famurs) e instituições da sociedade gaúcha, que liderou a construção do indicador de necessidade de atendimento em creche nos municípios do Rio Grande do Sul.

Contando com a inestimável contribuição técnica do Dr. Ricardo Paes de Barros, o trabalho desenvolvido pela equipe de pesquisadores da Fundação de Economia e Estatística (FEE) do Estado levou em consideração a necessidade de atender prioritariamente crianças residentes na zona urbana e, entre essas, assegurar 100% de atendimento às crianças mais pobres e às pertencentes a famílias uniparentais. Em relação às demais crianças residentes na cidade, considerou-se a necessidade de atender aquelas com mães economicamente ativas *menos* as que *não optariam* por matricular suas crianças na creche e aquelas com mães *não* economicamente ativas que seriam economicamente ativas se tivessem creche para suas crianças¹⁰.

Quanto às crianças residentes no campo, por um lado, tendem a ser maiores as condições das famílias para o cuidado das crianças pequenas e, por outro lado, devido às distâncias, torna-se inviável a oferta de transporte escolar coletivo para crianças de até 3 anos, sob responsabilidade do poder público. Entretanto, os gestores municipais deverão avaliar a necessidade e possibilidade de oferta de creche para crianças residentes na zona rural. Por exemplo, pode ocorrer de a mãe da criança deslocar-se diariamente para atividade laboral no núcleo urbano do município e levar consigo sua criança pequena para a creche localizada na zona urbana. Por outro lado, quando a oferta de creche para crianças da zona rural não for possível ou recomendável, deverá ser avaliada a possibilidade de assegurar atendimento adequado a essas crianças por meio de programas de apoio e orientação às famílias¹¹.

10 O relatório desse trabalho encontra-se disponível no site da Famurs: http://www.famurs.com.br/areasdocumentos/areas_educacao/area_educacao_doc/gtdaeducacaoinfantilprevemetasdiferenciadaspormunicipioparaatendimentodedemandaporcrechenoestado.

11 É importante lembrar que sedes de distritos normalmente são classificadas como zona urbana, podendo, pois, sediarem uma ou mais instituições de educação infantil. Por exemplo, o Município de São João do Polêsine no Rio Grande do Sul, com população de 2,7 mil habitantes, tem duas instituições municipais de educação infantil: uma na sede do município e outra na zona urbana do distrito turístico de Vale Vêneto.

Além da diferenciação da taxa de urbanização¹², o indicador de necessidade de creche deverá variar entre os municípios devido ao atendimento prioritário às crianças pertencentes às famílias mais pobres e com mães inseridas no mercado de trabalho – na condição de empregadas ou procurando trabalho ou, ainda, aquelas que seriam trabalhadoras se pudessem matricular suas crianças pequenas na creche. Assim, municípios com concentração de pobreza e maior número de mulheres trabalhadoras terão indicador de necessidade de creche superior a 50%. Situação que deverá se verificar nos municípios maiores, em especial nas capitais e regiões metropolitanas.

Entretanto, se a opção adotada for uma meta igual de 50% de atendimento educacional da população de até 3 anos para todos os municípios brasileiros, parcela importante das crianças residentes em municípios com maior concentração de pobreza e/ou alto contingente de mães economicamente ativas ficariam desassistidas.

Por fim, lembre-se que, diante da redução da população na idade correspondente à creche, o número necessário de vagas para atingir o indicador de necessidade de creche nos municípios provavelmente é hoje maior do que será em 2024. Portanto, a bem de implementar políticas públicas consequentes torna-se necessário projetar estatisticamente a evolução da população nessa faixa etária.

CONCLUSÕES

Construir um indicador de necessidade de creche para os municípios implica assumir uma posição na polêmica sobre a interpretação da meta nacional de atendimento em creche prevista no PNE. Para que sejam alcançados os 50% de atendimento em creche das crianças de até 3 anos até 2024, ou bem cada um dos municípios brasileiros, deve atingir 50% de atendimento ou cada município ou grupo de municípios tem a sua meta própria, o seu ponto de chegada, embora todos tenham que contribuir para o alcance da meta nacional.

Mas, além disso, a estratégia do PNE relativa à implementação, ainda que em caráter complementar, de programas de orientação e apoio às famílias, por meio da articulação das áreas de educação, saúde e assistência social, com foco no desenvolvimento integral das crianças de até 3 anos de idade, coloca em evidência outra polêmica, esta relativa ao conceito de educação infantil.

Uma primeira concepção defende que a educação infantil consiste tão somente na creche e pré-escola oferecidas em instituições educacionais. Uma segunda conceituação advoga que a educação infantil corresponde tanto às instituições educacionais com oferta de creche e/ou pré-escola quanto a programas de orientação e apoio às famílias com crianças na primeira infância.

Para a primeira dessas posições, educação infantil é aquela com “modelo escolar”, enquanto programas de orientação e apoio às famílias são “modalidades informais” e, como diz o nome, voltados às famílias e não principalmente às crianças. Em consequência, a admissão dos programas de orientação e apoio às famílias como de caráter educacional pode implicar disseminação de “modalidades alternativas” de atendimento educacional às crianças pequenas, por apresentarem, segundo os defensores dessa posição, menor custo, apesar de qualidade inferior.

A concepção mais ampla de educação infantil argumenta que a LDB (art. 1º) adota um conceito amplo de educação, que “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”, e dispõe que (art. 1º, § 1º) a educação escolar é a “que se desenvolve,

12 Segundo o Censo Demográfico do IBGE, em 2010 a taxa de urbanização entre os municípios brasileiros variava de menos de 10% a 100%. Municípios com baixa urbanização encontram-se em todas as regiões do país, como Careiro da Várzea no Amazonas com 4% de urbanização, Chuveira no Rio Grande do Sul com 6% e Limoeiro de Anadia em Alagoas com taxa de urbanização de 8%.

predominantemente, por meio do ensino, em instituições próprias”. Portanto, creche e pré-escola correspondem a “educação escolar” ou “educação formal”, e programas de orientação e apoio às famílias com crianças pequenas são processos de “educação não escolar” ou “educação extraescolar”.

Essa segunda concepção argumenta que, com a obrigatoriedade da pré-escola a partir de 2016, fixada pela EC nº 59, de 2009, programas de orientação e apoio às famílias podem ou devem ser implementados para famílias com crianças de até 3 anos que não frequentem a creche, e, por isso, a previsão de seu “caráter complementar” na estratégia 1.12 do PNE.

Além disso, sustenta que, de acordo com o resultado de vários estudos, fortalecer as competências familiares visando à educação e cuidado na primeira infância tem impacto positivo no desenvolvimento infantil. O Diretor da *Educación Inter-American Dialogue*, Ariel Fiszbein, no artigo “Hacia una educación de calidad para todos”, de janeiro 2015 (pág. 13), afirma que “A estratégia mais razoável é concentrar recursos, por um lado, em programas bem estruturados de visitas domiciliares e apoio a pais com baixos recursos e, por outro lado, na expansão da pré-escola (especialmente em zonas de alta concentração de pobreza) com forte ênfase na qualidade dos docentes”. Quando se trata do financiamento da educação na América Latina, Fiszbein considera (pág. 13) que: “Devido às baixas coberturas dos programas de educação inicial e pré-escolar, o alcance das metas propostas teria custos incrementais consideráveis. O estudo da CEPAL/OEI estimou que as metas poderiam ter um custo adicional de 0,75% do PIB. Em suas projeções, a educação inicial requererá mais de 70% dos recursos adicionais. Isso reafirma a necessidade de utilizar critérios de custo-efetividade para definir a estratégia de expansão de serviços destinados à primeira infância”.

Ao mesmo tempo, aqueles que defendem o conceito amplo de educação infantil observam que “cuidados com a infância” é mais do que “educação infantil”. Por exemplo, “cuidados com a infância” envolvem vacinação, consultas médicas, etc. Porém, programas de orientação e apoio a famílias com crianças pequenas, por meio de visitas domiciliares, como o *Educa tu Hijo* de Cuba e o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, são essencialmente programas de educação das famílias sobre como cuidar de suas crianças, quanto a aspectos de saúde, nutrição, higiene, mas também e principalmente quanto ao desenvolvimento afetivo, social e cognitivo na primeira infância. Portanto, “cuidados com a infância” não se restringem à educação infantil, muito menos à construção e manutenção de creches.

Por fim, é preciso considerar a correta apreensão de que, considerados como educacionais, os programas de orientação e apoio às famílias com crianças pequenas venham a ser financiados por recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino (MDE), nos termos do art. 212 da Constituição Federal, inclusive do Fundeb.

Essa possibilidade deve ser afastada, pois os recursos vinculados somente podem ser aplicados em MDE. Portanto, somente no financiamento de educação escolar oferecida em instituições educacionais, como centros ou escolas de educação infantil, creches e pré-escolas¹³.

Quanto ao atendimento educacional das crianças de até 3 anos, a inclusão da estratégia 1.12 na meta 1 do PNE, que prevê programas de orientação e apoio às famílias com crianças pequenas a serem implementados em caráter complementar (aos 50% de atendimento em creches) e em articulação da educação, saúde e assistência social (nessa ordem), resolve teoricamente o problema. Ou seja, o atendimento educacional às crianças de até 3 anos por meio da educação extraescolar, com programas de orientação e apoio às famílias,

13 O texto original da PEC 415/2005 do Poder Executivo, que deu origem ao Fundeb, não incluía as matrículas na creche para redistribuição dos recursos do Fundo, o que foi alterado pelo Congresso Nacional

deve contar com outros recursos da educação, que não os de MDE, mas também com outros recursos provenientes da saúde e da assistência social.

Para concluir, consideramos fundamental a instituição dos comitês intersetoriais de políticas públicas para a Primeira Infância, previstos no art. 7º da Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância. Esses comitês intersetoriais, que poderão ser instituídos pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios nos respectivos âmbitos de atuação, deverão ter a “finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio de conselhos de direitos”.

Em síntese, com essas reflexões esperamos contribuir para enriquecer o debate, a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância, com o objetivo de melhorar as condições de vida das crianças pequenas e de suas famílias e, dessa forma, corroborar com a redução das desigualdades e a promoção da justiça social em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENDA 2020. **Educação infantil importa, mas não é tudo**. Matéria de 24 de janeiro de 2015. <http://agenda2020.com.br/2015/02/educacao-infantil-e-importante-mas-nao-e-tudo/>

BARROS, Ricardo Paes de *et al.*, “Uma avaliação do impacto da qualidade da creche no desenvolvimento infantil”, **Pesquisa e Planejamento Econômico**, 41 (2), 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**.

_____. **Emenda Constitucional nº 53, de 19 de dezembro de 2006**. Dá nova redação aos arts. 7º, 23, 30, 206, 208, 211 e 212 da Constituição Federal e ao art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (Cria o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação – Fundeb)

_____. **Emenda Constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009**. Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao *caput* do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (LDB).

_____. **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014**, que aprova o Plano Nacional de Educação – PNE, e dá outras providências.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM. **Revista Jurídica 2013**. Artigo “Oferta da educação infantil: legislação e poder judiciário”, págs. 260 a 282. [http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/II%20Revista%20Jur%C3%ADica%20\(2013\).pdf](http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/II%20Revista%20Jur%C3%ADica%20(2013).pdf)

ESTADO DE SÃO PAULO. **Investir no ensino mais cedo tem custo menor, aponta levantamento**. Matéria de 19 de janeiro de 2015. <http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,investir-no-ensino-mais-cedo-tem-custo-menor-aponta-levantamento-imp-,1621688>

FISZBEIN, Ariel. **Hacia una educación de calidad para todos**. Director, Educación Inter-American Dialogue, de janeiro de 2015. <https://prealblog.files.wordpress.com/2015/01/hacia-una-educacion-de-calidad-para-todos-1-27-15-1.pdf>

FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL E DA FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. **Educação infantil em debate: a experiência de Portugal e a experiência brasileira**. http://issuu.com/fmcsv/docs/educacao_infantil_em_debate_peq/1?e=3034920/10056770

FUNDAÇÃO ITAÚ SOCIAL, FUNDAÇÃO LEMANN, FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, INSTITUTO ABCD, INSTITUTO C&A E INSTITUTO DYNAMO. **Diálogos sobre avaliação na primeira infância.** http://issuu.com/fmcsv/docs/di_logos_sobre_avalia_o_na_prim?e=3034920/7836715

HECKMAN, James J., “Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children”, *Science*, 312, 30 jun. 2006

INSPER - Instituto de Ensino e Pesquisa, por solicitação do NCPI - Núcleo Ciência Pela Infância. **Programa Infância Melhor: realizações e desafios.** Estudo elaborado por Charles Kirschbaum.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino. **O Plano Municipal de Educação – Caderno de Orientações.** http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_pme_caderno_de_orientacoes.pdf

NCPI - Núcleo Ciência Pela Infância; **“O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem”**, Estudo I do NCPI. http://issuu.com/fmcsv/docs/o_impacto_do_desenvolvimento_na_pri/1?e=3034920/10202608

OLIVEIRA, João Batista Araújo: **Repensando a educação brasileira.** Capítulo “Políticas para a Primeira Infância”, págs. 142 a 149. São Paulo: Editora Salta S/A, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL (TCE/RS). **Radiografia da Educação Infantil no Estado do Rio Grande do Sul em 2013” e “Posição dos Municípios** http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/publicacoes/estudos/estudos_pesquisas/radiografia_educacao_infantil_2013

UNESCO. **Políticas para a Primeira Infância: notas sobre experiências internacionais.** 2005. <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001390/139076por.pdf>

UNESCO e SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública.** Autoras Alessandra Schneider e Vera Regina Ramires. 2007. <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>

VEJA. **Uma Bela Sinfonia Pueril.** Matéria da de 14 de janeiro de 2015: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/noticias-e-eventos/Paginas/Uma-Bela-Sinfonia-Pueril.aspx>

AUDITORIA CONTINUADA EM EDUCAÇÃO INFANTIL

Leo Arno Richter

Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul

1. A EDUCAÇÃO INFANTIL

A educação infantil é a etapa da educação básica destinada ao atendimento de crianças de 0 a 5 anos. Possui importante papel para o desenvolvimento físico, emocional, social e intelectual das crianças, contribuindo para o bom desempenho dos alunos nas posteriores etapas do ensino.

Para as crianças em situação de vulnerabilidade social, o atendimento na educação infantil assume ainda maior relevância. O relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, criada por meio do Requerimento nº 02, de 2003-CN, “com a finalidade de investigar as situações de violência e redes de exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil”, aponta que “a falta de oferta de vagas tem deixado as crianças das classes populares em constante risco social e pessoal, pois a luta pela sobrevivência dos pais, e, sobretudo, das mães, que progressivamente tem assumido o papel de provedora do núcleo familiar, está desfazendo a rede de proteção primária das crianças”¹⁴.

Ademais, grande parcela das crianças em situação de vulnerabilidade social possui fatores familiares que dificultam seu desenvolvimento (tais como ausência dos pais, baixa escolaridade dos responsáveis, número elevado de crianças na residência etc.). Por isso, necessitam de maior intervenção educacional para que se desenvolvam em patamares similares a crianças que são estimuladas pela família. Para essas crianças, portanto, é fundamental o papel do poder público, não apenas ofertando as vagas demandadas, como também fomentando seu ingresso, o mais cedo possível, na educação infantil.

2. A ATUAÇÃO DO TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO – RS

O Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, desde 2008, realiza acompanhamento contínuo da oferta de vagas para educação infantil pelo poder público. As ações do TCE-RS têm por objetivo o atendimento pelos municípios de, no mínimo, 50% das crianças de 0 a 3 anos em creche (como previsto no Plano Nacional de Educação) e de 100% das crianças de 4 e 5 anos na pré-escola (como prevê o artigo 208, inciso I, da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 59/2009).

Em 2014, foram elaborados 242 relatórios de auditoria, contemplando a criação de 173.095 vagas em creches e pré-escolas municipais. Os relatórios de auditoria incluem as taxas de atendimento da creche e

14 <http://www.senado.gov.br/atividade/comissoes/comissao.asp?origem=CN&com=934>

da pré-escola: bruta (número total de alunos matriculados em creche e em pré-escola, independentemente de idade), líquida (número de crianças matriculadas na creche, com idade entre 0 e 3 anos e de crianças na pré-escola, com 4 e 5 anos de idade) e de atendimento por idade (número de crianças de 0 a 5 anos de idade inseridas no sistema de ensino, independentemente da etapa em que estão matriculadas). As três taxas são calculadas dividindo as variáveis anteriormente referidas pela respectiva população (de 0 a 3 anos e de 4 e 5 anos). Também são indicadas as vagas a serem criadas para se atingir a meta de atendimento de 50% das crianças de 0 a 3 anos e de 100% das crianças de 4 e 5 anos, considerando-se a taxa de atendimento por idade apurada e a população de 0 a 5 anos estimada pelo IBGE. Além disso, é apresentada a carga horária diária média das creches e pré-escolas existentes no Município.

Os relatórios contêm indicadores socioeconômicos dos Municípios e o montante de recursos aplicados na educação infantil (com a discriminação dos valores recebidos e aplicados do FUNDEB, na educação infantil). Apresenta-se, ainda, o incremento de repasse do FUNDEB a ser alcançado caso o Município atinja as metas do Plano Nacional de Educação para a educação infantil, bem como sua representatividade em termos de aumento da receita e do PIB municipais.

Além do trabalho de auditoria propriamente dito, o TCE-RS disponibiliza em seu endereço eletrônico, desde 2010, as taxas de atendimento de todos os municípios do Estado em creche e pré-escola, analisando também o desempenho do Rio Grande do Sul em relação ao Brasil. Destaca-se, ainda, a participação de representantes do TCE-RS, apresentando os trabalhos desenvolvidos na área da educação infantil, em encontros regionais do Proinfância promovidos pelo MEC nas cidades de Curitiba/PR, Natal/RN, Fortaleza/CE, Vitória/ES e Brasília/DF, todos no ano de 2013.

2.1. Resultados Alcançados com a Atuação do TCE-RS

Em 2008, o Rio Grande do Sul ocupava a 19ª posição nacional no atendimento à educação infantil, tendo passado, em 2013, para a 13ª colocação. Além disso, 45 municípios que tiveram relatórios de auditoria desde 2009 apresentaram um aumento de 34% de vagas até 2012, ao passo que, no mesmo período, os demais 451 municípios tiveram um aumento de vagas em 21%. Sob outra ótica, temos que os 45 municípios acompanhados desde 2009 tiveram, até 2012, um incremento de 28.552 vagas em educação infantil, enquanto os demais 451 municípios criaram, nesse período, 34.429 vagas. Apenas 9,07% dos municípios do Estado foram responsáveis pela criação de 45% das novas vagas em educação infantil no Rio Grande do Sul entre 2009 e 2012.

REFERÊNCIA:

T CRS. *Radiografia da Educação Infantil no Rio Grande do Sul referente ao Exercício de 2012*. Disponível em <http://www1.tce.rs.gov.br/portal/page/portal/tcers/>, 2013.

PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Alfredo Jerusalinsky

Psicanalista; Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre e da Association Lacanienne Internationale; Psicólogo, Especialista e Mestre em Psicologia Clínica, Doutor em Desenvolvimento Humano e Psicologia da Educação pela USP; Professor Convidado na UFRGS; Assessor Clínico no IPREDE; Diretor do Centro de Clínica Interdisciplinar da Infância e Adolescência “Dra. Lydia Coriat”, Porto Alegre-RS

1. AVANÇOS CIENTÍFICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Atualmente, é consenso mundial e conceito fundamental nas considerações da Organização Mundial da Saúde (OMS), acerca da prevenção, que os três primeiros anos de vida são decisivos no que tange à saúde mental. As descobertas operadas no campo das neurociências, da genética e da psicologia, principalmente nos últimos 40 anos, têm revelado como o organismo humano é sensível ao registro das experiências vivenciadas nessa época precoce.

A neuroplasticidade, a poda neuronal, os conhecimentos produzidos pela epigenética acerca da ativação seletiva dos genes e das transformações que o meio ambiente provoca no DNA mitocondrial têm demonstrado a nível molecular o que a experiência clínica já vinha assinalando durante todo o século XX: o modo do funcionamento psíquico e, conseqüentemente, o cerebral se configura fundamentalmente após o nascimento e durante os primeiros anos de vida.

Nós, seres humanos, nascemos normalmente prematuros, sem dispor dos mecanismos necessários para nossa supervivência. Nossa memória genética é insuficiente porque não contém aspectos fundamentais da experiência que nossa espécie acumula. Vimo-nos, então, na necessidade de criar uma memória externa ao nosso corpo: a linguagem.

Para sobrevivermos precisamos de um outro semelhante que seja capaz de nos transmitir essa experiência acumulada em termos de linguagem. Essa transmissão é complexa porque responde a três lógicas diferentes: *i*) a lógica do *real*, que é aleatória e, portanto, abrange os acontecimentos imprevisíveis; *ii*) a lógica do *simbólico*, que determina a legitimidade ou ilegitimidade dos laços entre semelhantes, recorta porções do real, estabelecendo significações para esses fragmentos no intuito de tornar previsíveis os acontecimentos e de pautar os atos; e *iii*) a lógica do *imaginário*, capaz de tornar plausível um mundo inexistente. Na primeira temos a circunscrição do impossível (os limites que a natureza nos impõe, vida e morte); na segunda, do necessário (como deveriam ser as coisas, a lei); e na terceira, da fantasia (como gostaríamos que as coisas fossem, ilusões e sonhos).

A linguagem, portadora do saber acumulado pela nossa espécie, para funcionar adequadamente precisa articular essas três lógicas: o que não posso modificar, o princípio de realidade, o fazer de conta. Somente desse

modo uma linguagem fica competente para albergar e transmitir esse saber. Não importa de que material esteja feita essa linguagem, o que realmente importa é que ele esteja organizado por essas três lógicas. Agrega-se, por sinal, o modo singular em que cada sujeito resolve essa complexa conjugação: pode-se dizer que, embora existam sistemas que ofereçam diversas combinações desses três princípios com a intenção de facilitar a vida das pessoas, de fato não existem dois sujeitos que tomem caminhos idênticos na procura de uma solução para essa difícil equação.

As diferentes culturas e as diferentes épocas históricas preenchem de forma totalmente diversa esses três campos das representações mentais com suas respectivas lógicas. Porém, embora os materiais, traços, idiomas, hábitos, rituais, objetos, modos de sobrevivência, modos de criação sejam diferentes, eles invariavelmente estão submetidos a uma linguagem regida pelos três princípios lógicos (real, simbólico e imaginário) que constituem o que poderíamos chamar de uma *Gramática Elementar*.¹⁵

Esse conjunto de conhecimentos produzidos fundamentalmente a partir da segunda metade do século XX adquire seu verdadeiro relevo quando se atenta para as estatísticas atuais relativas à saúde mental. Nessas se percebe que aproximadamente 13% da população ficam acometidos por transtornos mentais, de diversos graus, em diferentes momentos de suas vidas.

Eis, então, que essas valiosas descobertas e formalizações conceituais, especialmente no que concerne à primeira infância, podem prestar um bom serviço no campo da prevenção precoce, que é precisamente o tempo em que se obtêm os maiores e melhores resultados de remissão nas populações de risco. Sendo óbvio que, para que tal aconteça, torna-se imprescindível a adoção de políticas públicas de longa duração (embora a aplicação de instrumentos de detecção seja pontual e transversal), para se obterem resultados expressivos no conjunto populacional e nas condições epidemiológicas. Somente leis de proteção à infância nesses momentos primordiais são capazes de sustentar uma atividade preventiva persistente em tal direção, já que crianças em tão elementar condição são totalmente incapazes de se defenderem das contingências que costumam se operar nas políticas públicas dependentes dos câmbios de governos.

O devido aproveitamento dos achados científicos sempre depende de decisões políticas que coloquem os sistemas públicos a funcionarem em concordância com os instrumentos surgidos dessas pesquisas.

2. UM INSTRUMENTO DE DETECÇÃO PRECOCE DE RISCOS PSÍQUICOS PARA O DESENVOLVIMENTO CONSTRUÍDO NO BRASIL

Durante dez anos (de 2000 até 2009), em 11 centros hospitalares públicos, em 10 capitais brasileiras, um grupo de 250 pesquisadores (pediatras, psicanalistas, psicólogos, psiquiatras, metodólogos e cientistas do país todo), com a participação inicial de aproximadamente mil crianças e seus pais ou cuidadores primários, desdobrou-se uma pesquisa para construir um protocolo de indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil (IRDI). Justificou-se o esforço pela inexistência de protocolos semelhantes específicos de risco psíquico, já que os existentes somente medem riscos das funções psicológicas separadamente, não do conjunto da construção do sujeito psíquico em questão. Tais tipos de detecções fragmentadas inevitavelmente orientam

15 Este conceito não coincide com o formulado por Noam Chomsky "*gramática generativa*". Nele, Chomsky sustenta a ideia de que todas as línguas possuem uma gramática comum a todas elas, determinada por herança genética e configuração funcional cerebral inata. Pela sua parte, Benveniste sustenta a posição de que a gramática é um modo de classificar o mundo e, portanto, cada cultura constrói sua própria gramática, controvertendo a suposição de uma determinação genética universal. Pela nossa parte, coincidimos com Benveniste, o que não impede que o confronto do humano com o meio circundante crie condições para a emergência de uma gramática elementar comum a todas as culturas, embora elas necessariamente discrepem nas suas gramáticas particulares por extenso (veja-se a esse respeito a obra "Saber Falar: Como se adquire a língua" [JERUSALINSKY, 2008]).

as intervenções precoces (intervenções terapêuticas ou de orientação para a remissão dos riscos detectados), no sentido de parcelizações divididas por especialidade terapêutica com o conseqüente risco (agregado no caso) de desagregação psíquica, que se torna extremamente provável num momento tão sensível da configuração do funcionamento do Sistema Nervoso Central e do sistema de relações sócio-afetivo-familiares.

A Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) – subsidiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e pelo Ministério da Saúde – é produto da articulação de alguns pontos oriundos da psicanálise, pediatria, nutrição, fonoaudiologia e psiquiatria em torno da noção de risco para o desenvolvimento. Não se trata de traduzir para a psicanálise as diversas especialidades, almejando uma versão supostamente superior e mais bem-acabada de enunciação dos fenômenos, mas sim buscar expansões possíveis de pontos que encontram limitações em cada campo de origem. O protocolo que contém os indicadores utilizados por profissionais das áreas da saúde e educação na atenção a crianças de 0 a 18 meses de vida foi concebido pelo Grupo Nacional de Pesquisa, um grupo de *experts* que, além da concepção do protocolo, foi responsável pela condução da pesquisa multicêntrica em seus diferentes centros. Este grupo foi constituído por Leda M. Fischer Bernardino, de Curitiba; Paula Rocha e Elizabeth Cavalcante, de Recife; Domingos Paulo Infante, Lina G. Martins de Oliveira e M. Cecília Casagrande, de São Paulo; Daniele Wanderley, de Salvador; Lea M. Sales, de Belém; Regina M. R. Stellan, de Fortaleza; Flávia Dutra, de Brasília; Octávio de Souza, do Rio de Janeiro; Silvia Molina, de Porto Alegre; com coordenação técnica de Maria Eugênia Pesaro, coordenação científica de Alfredo Jerusalinsky e coordenação nacional de Maria Cristina Machado Kupfer.

Os indicadores foram organizados segundo quatro princípios fundamentais para a constituição de um sujeito que não apresente riscos no seu desenvolvimento e que habitualmente psicanalistas tomam como referência para considerar a pertinência ou não de intervenção. Os quatro princípios que organizam o conjunto dos indicadores de risco são: *i*) supor um sujeito; *ii*) estabelecer a demanda; *iii*) alternância presença-ausência; e *iv*) função paterna.

Partindo desses princípios surgidos da experiência clínica psicanalítica identificou-se uma série de indicadores precoces de risco (51 inicialmente). Os psicanalistas costumam usar informalmente, nas avaliações clínicas, sinais de alerta capazes de indicar se a estruturação desse pequeno sujeito está ou não marchando pelo caminho certo. Para nos orientarmos na construção do protocolo de indicadores de risco, realizou-se uma avaliação empírica desses signos de alerta habitualmente utilizados e cinco experiências piloto que permitiram uma seleção dos indicadores que se demonstraram mais eficazes na detecção de traços de risco e/ou patológicos.

Esses signos se ordenam em três séries de formações inconscientes, constituindo o que em psicanálise se chama *fantasma fundamental: sexualização* (diferenciação sexual); *identificações* (seleção de traços nos quais o sujeito se reconhece); e *filiação* (ordem simbólica, familiar e cultural às quais o sujeito se sente pertencente e se obriga a respeitar). Em seu entrelaçamento, essas séries constituem uma instância interior que fica destinada a organizar o funcionamento mental de relação dessa criança com o mundo circundante. É quando esses processos fracassam que surgem os sintomas.

Com base nesses sinais de alerta foram selecionados, como resultado das experiências-piloto, 31 indicadores, considerados de risco somente quando ausentes. Eles se distribuem em quatro faixas etárias em que foram avaliadas sucessivamente as crianças da amostra inicial: do nascimento aos quatro meses, de 4 a 8 meses, de 8 a 12 meses e de 12 a 18 meses.

3. OS QUATRO PRINCÍPIOS ORGANIZADORES DA CONSTITUIÇÃO DE UM SUJEITO NA PRIMEIRA INFANCIA

- a. SUPOR UM SUJEITO (SS): durante os primeiros 6 a 8 meses de vida, o bebê não tem condições de diferenciar expressões gestuais para comunicar à mãe (ou a seu cuidador primário) qualquer coisa que queira. Tampouco possui percepções capazes de diferenciar o que é interior e exterior a seu organismo ou mesmo de fragmentar o *continuum* da realidade, de modo a poder referir objetos, sentimentos, sensações, solicitações. É necessário que alguém com quem tenha vínculo atribua a qualquer gesto do bebê um “querer dizer” que, se no início está apoiado numa suposição desse adulto, aos poucos cede lugar a um diálogo que permite ao bebê se apropriar desse código de significações.
- b. ESTABELEECER DEMANDA (ED): é necessário que a mãe (ou aquele que desempenha a função materna) atribua ao choro do bebê o caráter de uma solicitação e que, com sutil atenção, reconheça os diversos “pedidos” que o bebê exprima nos seus gestos e, ao mesmo tempo, responda a esses apelos, dando lugar ao que em psicanálise se chama *experiência primária de satisfação*. Tal experiência encoraja o bebê a transformar seu mal-estar em pedido de auxílio, buscando o que lhe produz prazer e bem-estar. Nasce, então, a *demanda* como uma função fundamental de relação com o *outro*. Quando uma mãe funciona bem nesse campo, formula seus enunciados como convite a que seu bebê deseje a mesma coisa que ela. É por isso que ao redor do oitavo mês, quando normalmente a demanda está solidamente constituída, a criança olha na mesma direção para onde o olhar da mãe se dirige. É precisamente por essa via que a mãe tem o poder de abrir ou fechar caminho para que o pai entre na relação.
- c. ALTERNÂNCIA PRESENÇA-AUSÊNCIA (PA): uma mãe que não deixa espaço para que seu bebê experimente falta de algo não somente cria a dependência absoluta, mas também o está impedindo de se separar dela para criar uma identidade própria. A representação mental do objeto ausente e a curiosidade ficam obstruídas, já que a presença constante e contínua da mãe que, ansiosamente, preenche antecipadamente todas as necessidades e resolve todos os incômodos sem esperar que seu bebê solicite torna inexistente qualquer espaço ou tempo fora do alcance sensorial da criança. Nessas condições, a linguagem torna-se desnecessária. Por acréscimo, poupar o bebê de experimentar o alcance de seu grito, de sua força ou habilidade, é privá-lo de que se encoraje a tentar novos deslocamentos, novas disposições posturais e, por consequência, criar um esquema inconsciente de seu próprio corpo.
- d. FUNÇÃO PATERNA (FP): oferecer à criança objetos, gestos e situações que não têm nenhuma finalidade utilitária tal como higiênica ou alimentar, mas apenas de intercâmbio, divertimento, celebração. Isso significa agregar aos objetos significações que nada têm a ver com sua natureza. É necessário que a mãe se apresente ao seu bebê não meramente como um peito que acalma a fome ou alguém que troca as fraldas, mas como um *outro*, como espelho de divertimento e simpatia. Isso dá ao bebê a experiência de um ato simbólico e não meramente um ato real. Por sua vez, a presença dessa dimensão nas relações primordiais permite introduzir regras, limites e disposições à medida que a criança pequena fica mais disposta a ceder para não perder esse *plus* da relação com o *outro*.

4. DETECTAR RISCO NÃO É FAZER DIAGNÓSTICO

Construiu-se um protocolo para detectar riscos para o desenvolvimento de causalidade psíquica e não um instrumento de diagnóstico. Tampouco o dito protocolo tem por propósito detectar riscos de ordem e

causalidade orgânica (embora, secundariamente, ele permita detectar os efeitos de tais condições patológicas). Já existem instrumentos nas áreas especificamente pediátrica e neurológica para detectar riscos originados em condições orgânicas adversas (deficiências sensoriais, toxemias, estados infecciosos, metabopatias, síndromes genéticas, prematuridade com riscos associados, patologias diversas do SNC, retardos maturativos etc.) e que são – vários deles – de aplicação obrigatória por lei nos momentos imediatamente posteriores ao nascimento e/ou durante o primeiro ano de vida. Mas não ocorre o mesmo em relação àqueles que referem riscos derivados de causalidade psíquica. Nesses últimos riscos devem computar-se falência, claudicação ou impossibilidade de se cumprirem as operações necessárias para que se constitua um sujeito estruturado por uma linguagem capaz de transmitir e gerar competências de saber sobre os sistemas de relações familiares e socioafetivas e sobre o mundo circundante. Não se trata meramente de transmitir informação (para isso bastaria um rádio ligado), mas de permitir viver a experiência que ensine ao bebê como resolver os problemas que seu crescimento e o que seus pais esperam dele vão lhe colocando. Por isso os indicadores de risco ficam distribuídos nas quatro categorias operacionais que caracterizam esse processo de construção que ocorre entre o bebê e seus cuidadores primários.

Detectar riscos permite intervir precocemente antes de se constituir uma condição psicopatológica, o que, por um lado, evita constituir falsas epidemias e, por outro, cria uma barreira de proteção da infância contra uma possível excessiva medicalização. De fato, *o problema detectado em nível de risco* permite uma intervenção que evita *seu agravamento até o ponto de se constituir numa doença*. Nessas condições, a criança aumenta significativamente a probabilidade de ser subtraída dos circuitos terapêuticos de longa duração ou daqueles em que ficaria muito cedo submetida a intervenções medicamentosas que, por inevitável consequência, a desviariam dos processos maturativos normais.

5. PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE RISCOS PSÍQUICOS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL DE 0 A 18 MESES

- a. Na consulta, alguns indicadores são espontaneamente observáveis, enquanto outros exigem perguntar ao acompanhante da criança; outros ainda requerem criar situações que provoquem sua manifestação.
- b. Os indicadores destacados em vermelho, no quadro a seguir (15 ao todo), manifestaram alta validade individual e especial validade no risco para a estruturação psíquica adequada, além de risco para o desenvolvimento. Levá-los em conta permite formular hipóteses sobre graus do risco em cada criança avaliada, assim como orientar seu encaminhamento terapêutico.
- c. Essa tabela pode ser transformada em grade de aplicação se a ela for acrescentada uma coluna para o registro de presença (P), ausência (A) ou não verificada (NV); outra coluna de observações (para anotar os modos de manifestação do indicador ausente e/ou as dúvidas surgidas durante a aplicação e/ou critérios de avaliação qualitativa para essa criança em particular); e outra coluna para anotar as datas das sucessivas avaliações.
- d. É necessária uma folha de rosto para anotar a identificação da criança, o número de protocolo, modo de localizá-la, resultado da avaliação (“caso”, quando apresenta risco), seu encaminhamento e indicações para revisão. Para que seja considerado “caso” é necessário que a criança apresente ao menos dois indicadores ausentes, independentemente da faixa etária.

Faixa etária (em meses)	Indicadores	Eixo¹
0 a 4 incompletos	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	SS/ED
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês). ²	SS
	3. A criança reage ao mamamhês.	ED
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	PA
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	SS/PA
4 a 8 incompletos	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	ED/PA
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	ED
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	ED/PA
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	SS/PA
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	ED
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	ED/PA
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	SS/ ED/PA
8 a 12 incompletos	13. A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	ED/FP
	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	ED/SS
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	ED
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	ED
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	SS/PA
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	FP
	19. A criança possui objetos prediletos.	ED
	20. A criança faz gracinhas.	ED
12 a 18 incompletos	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	ED
	22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	ED
	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	ED/FP
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	ED/FP
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	ED/FP
	26. A mãe já não se sente obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.	FP
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	SS/FP
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	FP
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	FP
	30. Os pais impõem pequenas regras de comportamento para a criança.	FP
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	FP

Esse instrumento pode ser utilizado tanto por profissionais da saúde como de educação infantil. O que difere entre uma e outra classe de profissionais são as condições de treinamento prévio para sua utilização. Como se trata de um instrumento de características clínicas, aqueles que têm, pela sua formação profissional prévia, experiência clínica específica – tais como pediatras e psicólogos – precisam de uma instrução mais breve que aqueles que concentram sua experiência nos aspectos pedagógicos e da puericultura. Nesse sentido, o Projeto de Lei de Primeira Infância (PL nº 6.998/2013) especifica: “Os profissionais que atuam no cuidado diário ou

frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário”.¹⁶ A existência de um projeto de lei que instaura a obrigatoriedade de registrar nos primeiros anos de vida as situações de risco para o desenvolvimento psíquico¹⁷ passa a dispor, então, de um instrumento elaborado por cientistas brasileiros que permite cumprir os objetivos de prevenção na saúde mental da primeira infância.¹⁸

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JERUSALINSKY, A. *Saber Falar: como se adquire a língua*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. Detecção Precoce de transtornos mentais. *Scientific American Mente e Cérebro*, São Paulo, ano XX, n. 249, p. 18-25, out. 2013.

_____. *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*. 6. ed. Porto Alegre: Editora Artes e Ofícios, 2015.

LERNER, R.; MACHADO KUPFER, M. C. (Org.). *Psicanálise com crianças: Clínica e Pesquisa*. São Paulo: Ed. Escuta, 2008.

VANONI POLANCZIK, G.; RAMOS LAMBERTE, M. T. M. (Org.). *Psiquiatria da Infância e Adolescência. Manual de Pediatria do Instituto da Criança*, Hospital das Clínicas de São Paulo, v. XX, 2012.

16 O Projeto de Lei da Primeira Infância propõe, nesses termos, em seu artigo 21, modificar o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, incluindo essa alteração como parágrafo 3o.

17 Além do PL no 6.998/2013, referimo-nos ao PLS no 451/2011 que recebera, com essa denominação, aprovação unânime do Senado e que atualmente encontra-se em análise na Câmara dos Deputados.

18 O Projeto de Lei da Primeira Infância (PL no 6.998/2013) propõe no seu artigo 14, parágrafo 2o: “As famílias identificadas nas redes de saúde, educação, assistência social e demais órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança, que se encontram em situação de vulnerabilidade, risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação à criança em Primeira Infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas”.

O DIAGNÓSTICO E A INTERVENÇÃO PRECOCE EM BEBÊS EM RISCO DE AUTISMO E SEUS PAIS¹⁹

Inês Catão

*Médica, Psiquiatra Infantil - SESDF, Psicanalista
Pós-doutora em Psicopatologia Clínica (Universidade de Nice Sophia-Antipolis, França)
Coordenadora em Brasília da pesquisa PREAUT/BRASIL
Membro do MPASP – Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública*

*“O adulto vê o mundo segundo seu próprio umbigo de adulto.
Mas o mundo não tem umbigo.” (Vital Didonet)*

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil na maior parte dos países, e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano. Nosso compromisso hoje é não mais apenas com a sobrevivência, mas, principalmente, com o bem-estar e qualidade de vida das crianças.

À luz dos conhecimentos de que dispomos atualmente, não podemos mais nos limitar à avaliação do crescimento com o objetivo de diagnosticar o estado nutricional. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento já é entendido como sendo a ação básica que deve permear toda a atenção à infância. Falar em desenvolvimento integral e sustentável da criança implica no reconhecimento de que este desenvolvimento é tanto físico quanto psíquico, e que eles estão imbricados. Este “novo” modo de pensar o desenvolvimento ainda não integra, porém, a formação universitária de médicos nem de educadores.

Para além da qualidade de vida das crianças é importante também assinalar que, em termos econômicos, o diagnóstico precoce de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico diminui a demanda futura por atendimentos em saúde, contribuindo para a diminuição do gargalo hoje verificado nos serviços especializados e para a diminuição dos gastos com saúde em geral, e com Saúde Mental em particular, tanto pelas famílias quanto pelo Estado.

Atualmente, apesar dos poucos estudos epidemiológicos, já existem evidências suficientes que demonstram uma morbidade significativa advinda dos problemas ditos emocionais, dos comportamentais, dos atrasos no desenvolvimento, das psicoses, do retardo mental e da epilepsia (NIKAPOTA, 1991).

O impacto epidemiológico dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos psíquicos na infância é desconhecido na maioria dos países em desenvolvimento. Um estudo multicêntrico conduzido pela Organização

19 Este artigo foi escrito a partir de material de divulgação e de capacitação da pesquisa PREAUT BRASIL.

Mundial de Saúde (OMS) aponta para uma taxa de 12 a 29% de prevalência de transtornos psíquicos na infância em países em desenvolvimento. Esta taxa não se mostrou diferente da dos outros países. Isso aponta que os transtornos psíquicos na infância não são irrelevantes, mas sim menosprezados, deixando um grande número de crianças sem assistência adequada. Outro achado deste estudo é a conclusão de que os profissionais da Atenção Primária identificam em média apenas 10 a 22% dos casos de transtornos psíquicos que chegam aos serviços (GIEL e cols., 1981). Ou seja, pensando inversamente, cerca de 80 a 90% dos problemas de Saúde Mental infantil não são diagnosticados na Atenção Básica. Estas duas conclusões do estudo conduzido pela OMS apontam para a necessidade de promoção de ações que melhorem o efetivo funcionamento da atenção básica à saúde da população infantil assim como capacitem os trabalhadores deste campo para a detecção e manejo dos transtornos psíquicos infantis. Transtornos psíquicos acometem crianças na Primeira Infância, inclusive bebês no primeiro ano de vida. Precisamos estar aptos a identificá-los e a intervir ou encaminhar o mais rápido possível.

Por todas estas razões, deve-se propor que os cuidados com o desenvolvimento psíquico sejam pensados como uma questão de saúde pública, devendo a sua avaliação e o seu acompanhamento ser incorporados pelos programas já existentes de assistência materno-infantil, através dos quais se comprometem a oferecer atendimento integral à saúde da criança.

Para que nossos esforços não surtam um efeito contrário e indesejável de patologização da infância, é preciso, antes de mais nada, ressaltar que um sinal de risco sozinho não deve ser considerado como suficiente para o diagnóstico de uma patologia. Antes dos três anos, aliás, o diagnóstico é da presença (ou não) de sofrimento psíquico na criança. Por exemplo, o desvio ativo de olhar em um bebê é um sinal muito sensível de sofrimento psíquico (como concluiu a pesquisa PREAUT na França) e merece a atenção do profissional. Porém, apesar de ser também um sinal específico para autismo, acontece em bebês com outros tipos de dificuldade. Deste modo, sozinho, o desvio ativo de olhar não permite o diagnóstico de autismo, mas deve nos fazer considerar que a criança pode estar atravessando algum tipo de impasse em seu desenvolvimento psíquico. É preciso sempre escutar os pais e/ou cuidadores e a própria criança, e considerar o sinal de risco no contexto desta escuta.

1. A SITUAÇÃO BRASILEIRA

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), do Ministério da Saúde, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, por intermédio de um conjunto de instituições de notório saber, apontou que o Brasil está definitivamente colocado diante do desafio de acelerar a qualificação de ações em saúde, consolidando os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres. A taxa de fecundidade, segundo a PNDS, passou de 2,5 filhos por mulher, no período 1993-1996, para 1,8 filhos por mulher, no período de 2003-2006.

A PNDS/2006 mostrou que praticamente foi alcançada a cobertura universal da atenção ao pré-natal e ao parto institucional atendido por profissional de saúde qualificado. Houve um grande avanço no acesso de gestantes do meio rural ao pré-natal. Em 1996, 31,9% dessas mulheres não tinham acesso a nenhuma consulta pré-natal. Em 2006, esse número caiu para 3,6%. No meio urbano, a redução foi de 8,6% para 0,8% de mulheres sem nenhuma consulta. Também ocorreu aumento de 17 % das gravidezes em que a primeira consulta pré-natal foi no primeiro trimestre da gestação, saindo de taxas de 66% para 83%. E se obteve incremento na realização de consultas pré-natais, acima de quatro consultas de pré-natal, com cerca de 13% de incremento, quando as percentagens eram de 77% e elevaram-se a 90%. Esses dados demonstram os avanços do Brasil

quanto à assistência básica à saúde da mulher e da criança. Portanto, no momento, o país necessita implantar serviços relacionados à detecção do sofrimento psíquico na criança pequena e prevenção dos transtornos mentais na Primeira Infância.

2. A CLÍNICA PSICANALÍTICA DOS PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A clínica psicanalítica com crianças vem se desenvolvendo de modo acelerado desde que Hermine von Hug-Hellmuth (1912) utilizou pela primeira vez o método psicanalítico para tratar uma criança com transtornos graves de personalidade (citado em ROUDINESCO; PLON, 1998). Desde então, um número considerável de casos de tratamento bem-sucedidos com crianças está relatado na fértil literatura já produzida nesse campo. Citamos apenas alguns dos nomes de psicanalistas que fizeram a história da psicanálise com crianças, influenciando o pensamento e as práticas clínicas atuais: Melanie Klein, Françoise Dolto, Donald Winnicott, entre muitos outros.

Esta mesma clínica psicanalítica de crianças tem sido testemunha de que as crianças com problemas no desenvolvimento chegam tardiamente ao tratamento, com sintomas bastante evoluídos e já profundamente instalados.

Classicamente, o tratamento de crianças costumava iniciar-se predominantemente no período escolar, quando as adaptações se faziam mais visíveis e eram apontadas pelos professores. Mas não são poucos os relatos de tratamentos que se iniciaram logo que se detectaram transtornos de fala, ou seja, por volta de dois anos de idade. Mais, recentemente, inaugurou-se uma nova direção de trabalho psicanalítico, qual seja receber crianças ainda no primeiro ano de vida de modo a diagnosticar o sofrimento psíquico e o risco de evolução psicopatológica, assim como intervir a tempo de reverter o rumo e a instalação de patologias precoces e graves como os autismos e as psicoses infantis (JERUSALINSKY, 1988; ROCHA, 1997; INFANTE, 1997).

Até pouco tempo, acreditava-se que o diagnóstico de patologias graves só podia ser estabelecido depois que a criança atingisse dois anos e meio de idade (CROSSLEY e cols., 1997). Mas pesquisas recentes apontam para a possibilidade de detecção aos 18 meses (BARON-COHEN e cols., 1992) e até mesmo mais cedo, aos 4 meses (LAZNIK, 1999).

3. PROTOCOLOS PARA DETECÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE RISCO DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS

Várias pesquisas neste campo apontam sinais precoces de perturbações da comunicação e da interação pais-bebês, propondo protocolos de investigação diagnóstica. A pesquisa PREAUT – *Identificação das Perturbações Precoces da Comunicação e da Interação Pais-Bebês e seu impacto na Saúde Mental na Primeira Infância*, iniciada em 1999, está concluída na França. O dossiê clínico desta pesquisa é composto pelos SINAIS PREAUT (4º e 9º mês), pelo QDC – Questionário do Desenvolvimento da Comunicação e pelo CHAT – *Checklist for Autism in Toddlers* (24º mês)²⁰. Uma das fundadoras da Associação PREAUT, Graciela Crespin, dirige uma série de publicações – os *Cahiers de PREAUT* – que testemunham as conclusões da pesquisa, em particular a de número 8 (CRESPIN, 2011). Desde 2006, esta pesquisa vem sendo replicada entre nós como PREAUT BRASIL, uma pesquisa multicêntrica que está em curso nos seguintes estados: Maranhão (São Luís), Ceará (Fortaleza), Pernambuco (Recife), Paraíba (Campina Grande), Bahia (Alagoinhas e Salvador), Alagoas

(Maceió), Minas Gerais (Belo Horizonte), Distrito Federal (Brasília), São Paulo (São Paulo), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro) e Rio Grande do Sul (Santa Maria).

Outro protocolo de investigação que utilizamos na prática é o inventário de sinais proposto por Crespim em seu livro *A Clínica Precoce* (2004). Ele é composto por *sinais positivos do desenvolvimento* – aqueles que testemunham que os processos psíquicos subjacentes estão funcionando como o previsto –, e duas séries de *sinais negativos* indicadores de sofrimento psíquico precoce – série barulhenta e série silenciosa – a última sendo mais grave por passar despercebida, como o nome sugere. A autora organizou os sinais negativos em 5 eixos privilegiados quando se trata de comunicação e interação pais-bebês. São eles: a voz (registro da invocação), a alimentação (registro da oralidade), o olhar (registro da specularidade), o sono e o diálogo tônico-postural (CRESPIN, 2004). Segundo Crespim, perturbações em um ou mais destes eixos podem indicar *distúrbios do laço* (vínculo) com o Outro²¹ cuidador (em geral, a mãe) ou, de modo mais radical, *distúrbios da ausência do laço*, nas situações de risco de evolução autística. Detalharemos estes sinais mais adiante.

Todas estas observações de que vimos falando favoreceram a chamada *clínica psicanalítica com bebês*, que postula o tratamento precoce de crianças a partir dos primeiros elementos indicativos de sofrimento psíquico, com a finalidade de tentar evitar a sua evolução para transtornos psíquicos graves. A intervenção precoce, isto é, o mais a tempo possível, incide sobre a mãe e o bebê, e justifica-se pela rapidez com que produz efeitos que vão à direção de pôr fim aos impasses na constituição psíquica e no desenvolvimento infantil. São efeitos que se registram, por exemplo, pela diminuição dos sintomas funcionais (comumente tratados por pediatras) uma vez que a resposta do bebê costuma ocorrer no corpo.

Entendemos que a Saúde Mental é construída sobre os alicerces fundados na Primeira Infância e quiçá antes dela. Temos como pressuposto que as questões relativas à saúde da mulher, às condições do laço conjugal, da gestação e da concepção, à vida pré e perinatal, sem esquecer que os vínculos transgeracionais são de vital importância para o trabalho em Saúde Mental na sua vertente da intervenção precoce. Consideramos que o que se transmite de uma geração à outra vai muito além da carga genética e, mesmo a expressão desta, depende do meio ambiente, como afirmam os recentes estudos em Epigenética.

Nosso mundo vem passando por rápidas e grandes transformações em vários níveis. Tais transformações exigem uma mudança na formação profissional vigente, em particular, dos profissionais de saúde e educação. Sintonizada com as mudanças que se fazem necessárias e com um novo modo de agir na prática clínica, a Pesquisa PREAUT propõe a ampliação da escuta e do olhar médicos habitualmente praticados, por meio da avaliação suplementar dos indicadores clínicos de risco psíquico proposto (dossiê clínico PREAUT), que passam a integrar a avaliação pediátrica usual. Para além da capacitação dos pediatras, no Brasil a pesquisa PREAUT tem também como objetivo capacitar os profissionais da educação que lidam com crianças pequenas, a fim de que possam ser capazes de identificar o seu sofrimento psíquico, intervir sob supervisão e/ou fazer um encaminhamento implicado²².

21 Sempre que o leitor encontrar neste artigo 'Outro' grafado com maiúscula, trata-se de uma referência à noção lacaniana de campo da linguagem, de que a mãe é com frequência o agente.

22 Encaminhamento implicado e corresponsável – no caso de haver outro serviço que melhor se ajuste às necessidades do usuário, os profissionais que fizeram o acolhimento devem, de maneira implicada e corresponsável, promover o acompanhamento do caso até a sua inclusão em outro serviço (muito diferente de um procedimento administrativo e burocrático de preencher uma guia de encaminhamento para outro serviço). Muitas vezes, é preciso fazer um trabalho conjunto entre os serviços para o melhor atendimento do caso (MS, 2014).

4. O SUJEITO SE CONSTITUI NA RELAÇÃO COM O OUTRO: QUANDO TUDO VAI BEM

O bebê humano não sobrevive sozinho. Talvez, por esta razão, ele nasça com uma grande apetência para entrar em relação com o Outro semelhante. O laço com o Outro cuidador é *imprescindível* para sua sobrevivência física e psíquica. O bebê nasce imerso em um banho de linguagem. Palavras o cercam desde antes do nascimento, preparando o lugar que o bebê virá ocupar. Mas para que seu desenvolvimento ocorra como o esperado, esta linguagem deve ser incorporada, isto é, encarnada no organismo do bebê. Durante os cuidados de maternagem, a mãe fala com o bebê e por ele. Ela supõe que ele pode responder. E a maioria dos bebês responde como pode. Assim procedendo, a mãe costura o campo da linguagem ao organismo da criança.

O corpo da criança e o seu funcionamento psíquico se constituem ao mesmo tempo. Não há um sem o outro. E nenhum dos dois se constitui sem que um laço (vínculo afetivo) se estabeleça entre a criança pequena e outro ser humano cuidador. O desenvolvimento humano e a constituição do psiquismo não são operações naturais. A experiência clínica prova que não basta que o tempo passe e que a criança cresça em quilos e centímetros para que o desenvolvimento ocorra como esperado. Todo o entorno em que o bebê nasce (família, circunstâncias, cultura) tem uma função específica no desenvolvimento das suas relações. O seu desenvolvimento *depende* dessas relações. O bebê é um ser ativo desde o nascimento. A maioria dos bebês não apenas responde ao chamado que o Outro cuidador lhe faz, mas também *toma a iniciativa* de entrar em relação com ele.

Um bebê vai bem quando acreditamos que seu desenvolvimento está se dando de modo “natural”. Os *sinais positivos do desenvolvimento* propostos por Graciela Crespin podem ser verificados quando se recebe a mãe e seu bebê observando as *trocas* entre eles, *escutando a mãe e lendo o que o corpo do bebê sinaliza*. Em relação ao *registro da invocação*, a voz é o primeiro objeto de troca com o Outro. Desde o quinto mês de gestação, o bebê é capaz de ouvir os ruídos internos do corpo materno, a voz da mãe, os ruídos externos e outras vozes, como a do pai. Supomos que é em torno da voz que se constrói o primeiro laço de ligação com a mãe. O bebê recém-nascido prefere a voz humana a qualquer outro som e, dentre as vozes humanas, é capaz de identificar a voz materna. A maioria dos bebês mostra uma grande apetência pela voz do Outro cuidador, em particular, pela prosódia manhês²³. Gritos e choros do primeiro mês logo se modificam. Tornam-se diferenciados e *endereçados* àquele que cuida da criança. O bebê se deixa consolar pela palavra. Em torno do terceiro mês de vida as emissões sonoras do bebê se organizam em vocalizações e, em torno do sétimo mês, surgem os balbucios (ou lalação). As primeiras palavras surgem em geral com 1 ano de vida e pequenas frases simples aos 2 anos.

Quanto ao *registro da oralidade ou alimentar*, tudo vai bem quando o bebê mostra que quer ser alimentado, que tem prazer em ser alimentado e quando o Outro pode ler esse pedido. Para que o bebê tenha satisfação nessa *troca*, porém, não basta o leite, mas a presença daquele que o alimenta.

Em termos do *registro do olhar ou da especularidade*, a maioria dos bebês se interessa pelo olhar do Outro. O primeiro espelho do bebê é o rosto da mãe, como escreveu Winnicott (1975). O bebê que vai bem olha, é olhado e *se faz olhar*. Os sinais PREAUT do 4º e do 9º mês propostos por M.C. Laznik avaliam a interação do bebê e da mãe através do estabelecimento do circuito pulsional do olhar. Para a autora, o fechamento deste circuito fundamental *não* ocorre nas crianças autistas.

23 Prosódia manhês – tipo de prosódia especial que a mãe utiliza quando se dirige a seu filho. Qualquer adulto que esteja nesse papel, verdadeiramente investido libidinalmente na criança, tenderá a conversar com o bebê neste “idioma” especial. São características desta prosódia: prolongamento das vogais, que a torna mais lenta e sonora, aumento da frequência, que a faz mais aguda, e glissandos característicos que a tornam mais musical (LAZNIK; PARLATO-OLIVEIRA, 2006).

Em termos de *sono*, à medida que o bebê se desenvolve vai diferenciando sono de vigília. Ele aceita se separar da mãe para adormecer e encontra repouso no sono.

Quanto ao *registro tônico-postural*, um bebê que vai bem pede, aceita o colo e se ajusta a ele.

Quando tudo vai bem, há uma sintonia entre a mãe e o bebê que pode ser verificada pelo profissional que os recebe, e que parece “natural”.

5. ESCUTAR A MÃE E LER O CORPO DO BEBÊ: A INSCRIÇÃO PRECOCE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Sem ter ainda constituído a possibilidade de fala, o bebê inscreve no corpo seu sofrimento psíquico. É preciso aprender a ler os sinais de sofrimento do bebê. Não é necessário aguardar a cristalização dos sintomas em um corpo que dá sinais de seu sofrimento para só então intervir.

Parceiros da pesquisa PREAUT, os pesquisadores da Fundação Stella Maris em Pisa, Itália, verificaram através do estudo de vídeos familiares que o bebê que vai receber, posteriormente, o diagnóstico de autismo apresenta diferenças já *no primeiro ano de vida* (MURATORI, 2014). Listamos algumas delas a seguir: atraso das aquisições motoras; assimetria de movimento entre os MMSS e MMII; assincronia entre movimento de membros e eventos de linguagem; mímica facial pobre; bebê pouco reativo; nunca toma iniciativa nas interações; bebê muito silencioso, que emite poucas vocalizações e balbucios, sobretudo os endereçados; evitamento ativo do olhar; preferência por objetos mais do que interesse pelas pessoas.

No que tange os sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, ou *sinais negativos do desenvolvimento*, Graciela Crespin (2004) chama a atenção para o fato de que não podemos esquecer a dimensão simbólica quando estamos diante de recusas alimentares, refluxos gastro-esofágicos e vômitos recidivantes e resistentes à maturação e aos tratamentos clássicos. Menos frequente, a anorexia grave do lactente encontra-se na série barulhenta do registro alimentar, não devendo ser tratada apenas como uma urgência médica. Compõem a série silenciosa do *registro da oralidade* o preenchimento passivo e as síndromes bulímicas.

Em relação ao *registro da especularidade*, Crespin lista como série barulhenta o evitamento seletivo do olhar e, como silenciosa, a não fixação do olhar (o olhar sem direção), a persistência do estrabismo fisiológico e o nistagmo. Quanto à voz (*registro da invocação*), são sinais da série barulhenta a persistência de gritos inarticulados para além do período neonatal e a inconsolabilidade do bebê. Silenciosa é a cessação do apelo.

Crespin aponta ainda os distúrbios do *sono* e do *registro tônico-postural* como indicadores sensíveis da qualidade do laço do bebê com o Outro cuidador. São distúrbios barulhentos todos os distúrbios do sono como as dificuldades de adormecimento e o despertar noturno com ou sem relato de pesadelos. Da série silenciosa fazem parte a hipersonia ou a insônia calma do bebê. Graciela Crespin aponta a importância de levar em conta o diálogo tônico-postural entre a mãe e o bebê. São sinais barulhentos as hipotonias e hipertônias, e também os atrasos psicomotores, *mesmo se inseridos num quadro neurológico declarado*. Silenciosos são os balanceios e os detonadores de estereotipias, francamente instalados apenas no curso do segundo ano de vida, antes das automutilações.

As pesquisas clínicas nos permitem constatar hoje que os sinais de sofrimento psíquico estão presentes desde muito mais cedo do que supúnhamos e que, negligenciados, vão se cristalizando em sintomas mais e mais evidentes. Nossa prática clínica nos mostra que, sob tratamento, todas as crianças melhoram. Sem intervenção, ao contrário, os quadros clínicos vão ficando cada vez mais evidentes e, por isso, são habitualmente mais notados a partir do segundo ano de vida.

6. UMA PROPOSTA PRÁTICA EM CURSO: O PROJETO PILOTO DO COMPP²⁴

O Projeto Piloto intitulado *Diagnóstico e Intervenção Precoce em Bebês com risco de Autismo e Outros Transtornos Psíquicos, e seus Pais* é uma iniciativa pioneira no Distrito Federal, que se encontra em curso no COMPP (SES-DF) desde agosto de 2012. É composto por duas partes:

6.1. Assistencial

O *Ambulatório de Diagnóstico e Intervenção Precoce Pais-Bebês* é um serviço ambulatorial multidisciplinar que recebe crianças de zero a três anos para diagnóstico e tratamento.

São considerados público-alvo: crianças entre zero e três anos de idade, crianças irmãs de crianças autistas, crianças com histórico de prematuridade, crianças que apresentem malformações congênitas e/ou crianças sindrômicas (Síndrome de West, Síndrome de Down e outras).

6.2. Capacitação Profissional

6.2.1. Treinamento em Serviço

Profissionais treinandos da EAPSUS (FEPECS)²⁵ participam da prática clínica supervisionada no *Ambulatório de Diagnóstico e Intervenção Precoce Pais-Bebês* do COMPP, uma vez por semana (turno de 5 horas), durante seis meses renováveis por mais seis, conforme interesse de ambas as partes. A cada quinze dias participam também de uma reunião teórico-clínica para discussão de casos, fora do horário de atendimento. Ao final do período é proposto que o treinando apresente um trabalho escrito que testemunhe sua experiência prática. São considerados públicos-alvo do Treinamento em Serviço: residentes de Pediatria e de Psiquiatria; pediatras e neuropediatras; psiquiatras e psiquiatras infantis; outros médicos; psicólogos e profissionais da Atenção Básica de Saúde.

O objetivo geral do Treinamento em Serviço é qualificar a prática clínica de profissionais que lidam com crianças pequenas, em particular na primeiríssima infância (zero a três anos), para o diagnóstico e a intervenção terapêutica e/ou encaminhamento implicado o mais a tempo possível.

6.2.2. Estudo de Caso Ampliado

Uma vez por mês uma escola da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEEDF) é convidada a expor o caso de uma criança que frequenta o ensino público e também é atendida no COMPP, para discussão clínico-pedagógica com outros profissionais da SEEDF, do COMPP e dos CAPSis (Centros de Atenção Psicossocial Infantis). A reunião tem lugar no espaço físico do COMPP ou em espaço cedido pela FEPECS.

O objetivo geral do Estudo de Caso Ampliado é a capacitação dos profissionais da SEEDF em Saúde Mental, em particular para o diagnóstico e a intervenção e/ou encaminhamento implicado e, também, o estreitamento da parceria entre Saúde e Educação.

24 COMPP – Centro de Orientação Médico-psicopedagógica é o Serviço ambulatorial, multidisciplinar, de referência na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal para atendimento a crianças e adolescentes com graves transtornos psíquicos.

25 Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Distrito Federal.

6.3. Primeiros resultados

Em relação ao atendimento, durante o ano de 2014, cerca de 220 crianças e suas respectivas famílias foram beneficiadas pelo atendimento no *Ambulatório de Diagnóstico e Intervenção Precoce Pais-Bebês* do COMPP.

Entre 2014 e 2015, seis profissionais terão sido treinados no *Ambulatório de Diagnóstico e Intervenção Precoce Pais-Bebês* do COMPP. Três destes profissionais são servidoras da SESDF: dois deles são médicas de grandes hospitais regionais do Distrito Federal (Hospital Regional de Ceilândia e Hospital Regional de Taguatinga) e um deles uma gerente de um CAPSi (CAPSi Recanto das Emas). Estas profissionais replicarão nos seus locais de trabalho o que aprenderam durante o Treinamento em Serviço, multiplicando esta prática. O Governo do Distrito Federal arca apenas com o ônus limitado da liberação de carga horária de 5 horas semanais do servidor ou servidora. O Treinamento em Serviço também está aberto para profissionais da rede privada, devendo ser proposto à EAPSUS (FEPECS). A admissão no Treinamento em Serviço depende de entrevista prévia com a coordenadora do Projeto.

Entre março de 2014 e setembro de 2015 foram realizados 11 Estudos de Caso Ampliados com a presença de cerca de 30 profissionais da SEEDF e da SESDF em cada um destes Estudos. Em dois dos Estudos de Caso Ampliados recebemos convidados – palestrantes.

Por meio destas propostas práticas, brevemente comentadas, o Projeto Piloto *Diagnóstico e Intervenção Precoce em Bebês com risco de Autismo e Outros Transtornos Psíquicos, e seus Pais*, em curso no COMPP (SESDF), vem há três anos buscando: qualificar a assistência em Saúde Mental à Primeira Infância na rede do SUSDF; fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Mental da Criança no SUSDF; servir de incubadora para um novo modelo ambulatorial em serviços públicos de Saúde Mental no SUSDF e multiplicar a prática do diagnóstico e da intervenção precoces nos serviços já existentes na Rede de Saúde do SUSDF.

7. POR UM DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO SUSTENTÁVEL

Se considerarmos a importância dos vínculos transgeracionais, seremos obrigados a considerar que o futuro bebê sofre, desde antes de sua concepção, a influência do campo da linguagem. Isso não é sem consequências para sua vida, para a fisiologia de seu corpo e seus modos de adoecimento que devem ser considerados também do ponto de vista simbólico. O desenvolvimento da criança *depende* do laço com o Outro cuidador, em geral a mãe, e é isso que assinala nossa humanidade. O nascimento do ser enquanto humano não começa nem termina com o nascimento biológico do bebê. Os profissionais da Primeira Infância podem fazer a diferença no desenvolvimento psíquico de uma criança pequena. Como afirmou Winnicott (1978/1952) sobre o papel dos pediatras: “A profilaxia contra a psicose é, portanto, uma responsabilidade dos pediatras, *se estes ao menos o soubessem*.”²⁶ Hoje consideramos que a detecção do sofrimento psíquico e do risco de evolução psicopatológica em crianças é tarefa de todos os profissionais que lidam com a Primeira Infância.

Os quadros psicopatológicos da infância, sobretudo os mais graves – autismos e psicoses –, decorrem de impasses nos primeiros tempos de desenvolvimento do psiquismo. Como vimos, tais quadros clínicos dão sinais muito mais cedo do que costumamos supor. Uma formação específica e permanente se faz necessária para a identificação dos sinais clínicos de risco para o desenvolvimento psíquico, tendo em vista uma intervenção o mais a tempo possível, de modo a reverter a instalação de quadros psicopatológicos mais graves ou

26 Grifo nosso.

diminuir as sequelas deles decorrentes. Estas ações visam à qualidade de vida das crianças e de suas famílias, além de diminuir os custos futuros com a saúde, em particular, com a Saúde Mental.

Não menos importante, uma abordagem terapêutica de efeitos duráveis (sustentáveis) em termos subjetivos para a criança, deve levar em conta o modo como o quadro psicopatológico se constituiu, não devendo visar apenas o desaparecimento dos sintomas considerados socialmente inadequados ou disfuncionais. O que se busca como resultado com o tratamento não é a normatização da criança, mas que esta possa se constituir como sujeito e ator de sua própria vida.

Nosso *modus vivendi* das últimas décadas, no entanto, parece querer desconhecer o que há de particular em nossa humanidade. As propostas que apontam para cada sintoma um remédio e que visam a mudança comportamental das crianças sem escutá-las, não serão sem consequências para as próximas gerações. Não estaríamos diante do resultado, na clínica, de um crescimento econômico que não leva em conta a possibilidade de esgotamento dos recursos naturais e o conseqüente comprometimento das gerações futuras, um crescimento em que os fins justificam os meios? (CATÃO, 2014)

Talvez ainda seja tempo de interrogarmos: *Que infância queremos no futuro?*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARON-COHEN, S.; ALLEN, J.; GILLBERG, C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161 (6) 839-843, 1992.

CATÃO, I. Por um desenvolvimento psíquico sustentável: o corpo como resposta à invocação do Outro. Em: MURATORI, F.; LERNER, R. (Org.) *Os enlaces do corpo e da escrita: na criança e no adolescente*. São Paulo: Instituto Langage, 2014.

CRESPIN, G. (org.) *Cahiers de Preaut n° 8 Remarques cliniques sur les résultats intermédiaires de la Recherche Preaut (2006-2010)*. Paris: L'Harmattan, 2011.

_____. *A Clínica Precoce: o nascimento do humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, Coleção 1ª Infância, 1ª ed., 2004.

CROSSLEY, S. A. Síndrome de Down e autismo. Em: BUSNEL, M.C. (org.). *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* São Paulo: Escuta, 1997.

GIEL, R.; ARANGO, M.V.; CLIMENT, C.E.; HARDING, T.W.; IBRAHIM, H.H.A.; LADRIGOIGNACIO, L.; MURTHY, R.S.; SALAZAR, M.C.; WIG, N.N. & YOUNIS, Y.O.A. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68(5),1981.

INFANTE, D.P. O sujeito na clínica do desenvolvimento infantil. *Estilos da clínica*, 2(3): 91-94, 1997.

JERUSALINSKY, A. et cols. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

LAZNIK, M. C. Os Efeitos da Palavra Sobre o Olhar dos Pais, Fundador do Corpo da Criança. Em: WANDERLEY, D.B. (Org.) *Agora Eu Era o Rei: os Entraves da Prematuridade*. Salvador: Ágalma, 1999.

LAZNIK, M.-C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. . Quando a voz falha. *Revista Mente e Cérebro: a mente do bebê*, (4), 58-65, 2006.

MS. Ficha catalográfica. Em: *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MURATORI, F. *O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras*. Salvador: NIIP, 2014.

NIKAPOTA, A.D. Child psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 158: 743-51, 1991.

ROCHA, P. S. A função paterna revisada pela clinica do autismo. Em: O espaço e o tempo na psicanálise. São Paulo: *Revista Pulsional*. Centro de Psicanálise, ano X, n. 102, out. 1997.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

WINNICOTT, D.W. Psicose e cuidados maternos. In: *Textos selecionados: Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. Em: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA: A ODONTOPEDIATRIA NOS CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Sonia Pineda Vicente

*Câmara Técnica de Odontopediatria do
Conselho Regional de Odontologia de São Paulo*

A partir do conceito de desenvolvimento integral da criança, torna-se fundamental considerar a promoção da saúde bucal desde a primeira infância. Os dentes de leite são importantes para o desenvolvimento da face e suas funções, como a fala e para a mastigação de alimentos nos primeiros anos de vida da criança. A dentição representa um conjunto extremamente importante para o desenvolvimento da face, pois o alvéolo dentário existe em função do dente, e uma vez perdido o dente, esse espaço se fecha, dificultando o nascimento dos dentes permanentes e reduzindo o tamanho do arco dentário. Essas questões têm repercussões complexas e um processo de acompanhamento do desenvolvimento ortodôntico, assim como da educação precoce para comportamentos de cuidado da saúde bucal são ações relevantes que merecem atenção da saúde pública.

As políticas em saúde bucal devem ser norteadas, tomando como parâmetro informações epidemiológicas. Os dados obtidos são extremamente importantes para o planejamento e a reorientação das atividades existentes. Assim, adquirir um conhecimento detalhado da atenção à saúde bucal – por meio da avaliação da incidência de cárie – e seus determinantes biopsicossociais é de suma relevância (ANTUNES; NARVAI, 2010), (NARVAI, 2011).

Os dados de assistência à saúde bucal no Projeto SB Brasil, 2003, deixam claro que apenas 5% da população brasileira têm acesso regular à assistência odontológica. E apenas 15% procuram esta assistência, no entanto, de forma irregular. O percentual da população restante está sujeita a atendimento eventual ou fica sem atendimento (BRASIL, 2004a).

O Relatório do Projeto Saúde Bucal Brasil 2010 (BRASIL, 2012) mostrou que 54,3% das crianças de até 5 anos de idade apresentaram, em média, 2,43 dentes com cárie, com predomínio do componente cariado, que é responsável por mais de 80% deste índice. De fato, o serviço público odontológico, na maioria dos municípios brasileiros, está focado em ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos, e gestantes (MOREIRA *et al.*, 2005), sendo escassas ações de prevenção na faixa da primeira infância.

Segundo descrito nas Diretrizes para a Atenção em Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo/SP, em 2009, por décadas, a atenção à saúde bucal caracterizou-se por prestar assistência à criança – fossem estas escolares ou não –, unicamente através de programas curativos voltados para o tratamento da cárie dentária. Atividades preventivas, quando realizadas, restringiam-se às escolas e limitavam-se a um método, o bochecho com solução fluorada (BRASIL, 2004 a, b, c; NARVAI, 2011).

Entretanto, expandir o atendimento público odontológico para além do modelo tradicional tem representado enorme dificuldade para a rede de saúde, pois os recursos destinados para essa finalidade, apesar de terem aumentado, são insuficientes para atender às necessidades da população. Para enfrentar esse desafio, adotou-se a estratégia de direcionar recursos e eleger metas prioritárias (ANTUNES; NARVAI, 2010). As primeiras metas propostas para mudar esse quadro foram o atendimento de crianças, gestantes e em caráter de urgência odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A UBS é uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas por equipe multiprofissional e destina-se fundamentalmente a suprir a atenção primária de saúde. É fundamental que a saúde bucal esteja inserida na UBS. Nas UBS são desenvolvidas ações do nível primário de atenção e de assistência integral, buscando resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados na população, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda e tendo como campo de intervenção: o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente (BRASIL, 2004a).

Um aspecto de extrema importância e que tem implicações específicas para esse tema é a falta de recursos destinados à assistência de saúde pública odontológica. Nesse contexto, sabe-se que a assistência à saúde na atenção primária resolve 80% dos casos, sendo que os 20% restantes necessitam de auxílio da atenção secundária e terciária. Na saúde bucal não existe uma porcentagem orçamentária específica em relação ao montante da Saúde. Diante disso, as discussões travadas tanto no Congresso Nacional como junto à Conferência Nacional de Saúde buscam conquistar um repasse fixo para a saúde bucal (MOIMAZ *et al.*, 2008).

Por um longo período, o modelo brasileiro de assistência odontológica era voltado apenas a um grupo etário da população, as crianças em geral, sem considerar a especificidade da primeira infância. Além disso, caracterizava-se pelo não conservadorismo, com um alto número de extrações dentárias, já que não existia uma estrutura que possibilitasse o acesso a outros níveis de atenção. Este fato decorria da ausência de políticas específicas de saúde bucal na esfera federal, até que em 2004 surgiu a *Política Nacional de Saúde Bucal* (PNSB) com o *Programa Brasil Sorridente* (PBS).

A instituição do PBS tentava mudar a atenção à saúde bucal, com melhoria da organização do sistema de saúde como um todo. Procurou-se investir no incremento da atenção primária, destinando maiores recursos para a área, a fim de propiciar atendimento integral, humanizador e acolhedor. Nesse contexto, incluiu-se o cirurgião dentista no Programa Saúde da Família (PSF) e promoveu-se tratamento de cunho preventivo para evitar o encaminhamento futuro do paciente para tratamentos com maior complexidade em nível secundário e terciário, onde o governo carece de recursos na amplitude de cobertura (BRASIL, 2004a). As diretrizes da política propõem a ampliação do acesso e o atendimento integral em todos os níveis, incentivando estados e municípios a criarem os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que funcionariam como unidades de referência de média complexidade para as equipes de saúde bucal, oferecendo procedimentos mais complexos e conclusivos, complementares aos realizados na Atenção Básica.

Os CEO têm por finalidade complementar as ações da atenção básica e existe o compromisso dos CEO com o fornecimento mínimo dos seguintes serviços especializados: 1) Diagnóstico Bucal com ênfase no Diagnóstico e Detecção do Câncer Bucal; 2) Periodontia Especializada; 3) Cirurgia Oral Menor dos Tecidos Moles e Duros; 4) Endodontia e 5) Atendimento a portadores de Necessidades Especiais.

A implantação do CEO no Brasil constitui-se atualmente em uma das principais frentes da PNSB, cujo desafio é ampliar e qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados.

A incorporação da equipe de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2000, e o estabelecimento dos CEO, em 2004, representaram novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico (NAKAGAWA, 2011).

A PNSB em ação coroou o processo das discussões nascido em 1986, incorporando definitivamente a Saúde Bucal como Política Pública permanente.

A assistência odontológica pública no Brasil, no entanto, é restrita praticamente aos serviços básicos, com grande demanda reprimida. Os dados mais recentes indicam que, no âmbito do SUS, os serviços odontológicos especializados correspondem a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. É evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo, em consequência, o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 1.341 de 13 de junho de 2012 define os valores dos incentivos de implantação e do custeio mensal dos CEO e dá outras providências, levando em consideração o estabelecido na PNSB. Essa portaria visa garantir recursos financeiros para auxiliar na implementação e funcionamento dos CEO, com objetivo de ampliar o acesso e a qualificação da atenção à saúde bucal.

Nos últimos vinte anos, apesar das carências assistenciais descritas, o governo procurou essencialmente expandir duas intervenções de saúde bucal: a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na Rede Pública do SUS, partindo-se do princípio da universalização das ações e serviços de saúde, incluindo nesse contexto também a saúde bucal (ANTUNES; NARVAI, 2010). Estas ações, no entanto, precisam ser acompanhadas de intervenções educativas desde a tenra idade.

1. PESQUISA SOBRE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À CRIANÇAS NOS CEO

A partir de uma pesquisa junto às bases de dados bibliográficas *Pubmed* e *Lilacs*, levantando estudos sobre este tema, analisamos a assistência odontológica prestada às crianças nos CEO, bem como a efetividade desses atendimentos.

Os dados do Projeto SB Brasil 2003 e 2010 mostram que apesar de os números terem melhorado, ainda temos índices de tratamento na primeira infância com resultados aquém das determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

No Projeto SB Brasil 2003, o tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião a partir de estimativas de ataque de cárie produzidas em 1996, uma vez que não havia, até então, modelos amostrais para outras doenças. Dos participantes, 26.641 tinham idade de 5 anos e 12.117 tinham idade de 18 a 36 meses. Em relação à prevalência de cárie dentária, tendo como base o índice CPO-D para dentes permanentes e o CEO-D²⁷ para dentes de leite nas crianças de 18 a 36 meses, quase 27% apresentavam pelo menos um dente de leite com experiência de cárie dentária. Nas crianças com 5 anos de idade, essa proporção aproximou-se de 60%, portanto, aumentada. Esses valores são considerados altos, levando-se em consideração particularmente as faixas etárias de 18 a 36 meses de idade e a idade de 5 anos. Em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já apresentava pelo menos um dente com experiência de cárie dentária e aos 5 anos essa média tinha tendência a aumentar para quase 3 dentes atacados (média de 2,8 dentes). A análise das estimativas revelou também que o declínio da cárie dentária na população infantil ocorreu de forma desigual na população brasileira, sendo que aproximadamente 14% dos brasileiros nunca foram a um cirurgião dentista para realizar

27 Índice odontológico que contabiliza a quantidade de dentes de leite acometidos por cárie, obturados ou extraídos.

tratamentos. 18% dos indivíduos com idade de 12 anos nunca se submeteram a atendimento odontológico no Brasil. Existe desigualdades no perfil dos atendimentos realizados nas regiões do Brasil. A região sul e sudeste tem uma melhor performance. Nas regiões norte e nordeste a população está sujeita a atendimento eventual ou fica sem atendimento em algumas localidades mais afastadas dos grandes centros (BRASIL, 2004 a).

No Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), analisou-se a situação da população brasileira em relação à cárie dentária, doenças gengivais, necessidade de próteses dentais, condições de oclusão, fluorose, traumatismo dentário e ocorrência de dor de dente, dentre outros aspectos. Neste Projeto SB Brasil 2010, os dados mostram que aos 5 anos de idade uma criança brasileira possuía em média 2,43 dentes com experiência de cárie. Desses, menos de 20% estavam tratados no momento dos exames. Em 2003, a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados, portanto, houve uma redução de apenas 13,9% em 7 anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados manteve-se no mesmo patamar, em 80%.

1.1. Comparando as metas da OMS:

Para o ano de 2000, foram estabelecidas as seguintes marcas propostas pela OMS a serem atingidas pelos países²⁸:

- *Meta número 1:* 50% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie;
- *Meta número 2:* Valor do índice CPO-D menor ou igual a 3,0 aos 12 anos de idade;
- *Meta número 3:* Aos 18 anos de idade, 85% das pessoas devem apresentar todos os dentes permanentes irrompidos presentes ($P = 0$);
- *Meta número 4:* Na faixa etária de 35-44 anos, 75% das pessoas devem apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais; e
- *Meta número 5:* Na faixa etária de 65-74 anos, 50% das pessoas devem apresentar pelo menos 20 dentes em condições funcionais.

As metas de saúde bucal para 2010 são as seguintes:

- 90% de pessoas sem cárie na idade de 5 a 6 anos;
- CPOD menos que 1 aos 12 anos de idade;
- aos 15 anos de idade, não mais que um sextante com CPITN 1 ou 2;
- não haver perda dental, aos 18 anos de idade, devido à cárie ou doença periodontal;
- na idade de 35 a 44 anos não mais que 2% de desdentados;
- 96% de pessoas com no mínimo 20 dentes funcionais;
- não mais que 0,25 sextante com CPITN de nível 2 a 4;
- não mais que 5% de desdentados; e

28 Federation Dentaire Internationale - Global Goals for Oral Health in the year 2.000.

- não mais que 0,50 sextante com CPITN de nível 4 na idade de 65 a 74 anos (Jornal do Site Odonto. Ano IV - Nº 52)²⁹.

Assim, a partir dos dados levantados, quando observamos as metas propostas pela OMS, observamos que o Brasil apresenta melhores índices em populações setorizadas, contudo, no âmbito geral da população brasileira, estamos muito aquém das metas preconizadas.

Desde a criação da Câmara Técnica de Odontopediatria do Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo (CROSP), em 2011, aprimorou-se o trabalho em prol de uma melhor saúde bucal para as crianças. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), essa população não pode ficar desassistida no contexto da saúde.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, a Odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde bucal e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde (OPA, CFO, 2006, art. 71).

Os princípios constitucionais do SUS, em cujo contexto estão inseridos os CEO, abrangem universalidade, equidade e integralidade. Como o CEO busca integralidade nos atendimentos prestados à população e como o público infantil continua com dificuldade para receber atendimentos, é fundamental que sejam inseridos nos CEO também serviços especializados na área de Odontopediatria.

Os dados da pesquisa anteriormente apresentada, respaldam a recomendação de para que possamos atingir a integralidade dos atendimentos odontopediátricos na Saúde Bucal Coletiva, torna-se estratégico oferecer à população um serviço odontológico de Odontopediatria dentro dos CEO e hospitais. Com isso será possível contar com a presença do profissional odontopediatra nas equipes multidisciplinares, respaldada pela Lei Federal nº 13002, sancionada em 19 de junho de 2014 (teste da linguinha).

No atual cenário legislativo, a proposta do Projeto de Lei da Primeira Infância (PL 6.998/2013 – PLC 014/2015), representa uma contribuição relevante para ampliação do acesso à atenção da saúde bucal pública, quando propõe em seu artigo 24, acrescentar ao artigo 14 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) que:

“§ 2º O Sistema Único de Saúde promoverá a atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes, de forma transversal, integral e intersetorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança.

§ 3º A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva, iniciada antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal e, posteriormente, no 6º (sexto) e no 12º (décimo segundo) mês de vida, com orientações sobre saúde bucal.

§ 4º As crianças com necessidades de cuidados odontológicos especiais serão atendidas pelo Sistema Único de Saúde” (NR).

29 Índice Periodontal Comunitário (INTPC, CPITN, CPI, IPC), de mesmos significados, sendo: IPC: Índice periodontal comunitário. CPI: Community Periodontal Index INTPC: Índice de necessidade de tratamento Periodontal comunitário CPITN: Community Periodontal Index of treatment needs. O CPITN é preconizado pela OMS e FDI para estudos que têm como objetivo conhecer a situação periodontal coletiva e dimensionar os recursos necessários.

2. DISCUSSÃO E ENCAMINHAMENTOS

Nos últimos anos, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, têm ocorrido diminuição da incidência de cárie dentária, embora esta ainda continue sendo a prevalência mais comum na infância, atingindo cerca de 30% das crianças nos Estados Unidos e 59,3% das crianças de 5 anos no Brasil. E a distribuição das cáries na população infantil não possui uniformidade, comumente se concentra na população de baixa renda, que dificilmente tem acesso ao tratamento odontológico e que necessita de orientações preventivas como: higiene bucal, alimentação adequada, uso racional do Flúor, ressaltando a importância do acesso ao tratamento curativo.

Diante deste cenário e comprometidos com o direito à saúde – desde a saúde bucal na primeira infância, os membros da Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP, elaboraram um documento apresentando a situação detectada a partir dos relatórios dos Projetos SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. Como recomendação para resolução do problema detectado, foi a proposta de inclusão de Odontopediatras nos Centros de Especialidades Odontológicas, mobilizando para tal gestores, secretários de saúde, professores e especialistas em Odontopediatria, propondo reativar o *Projeto Cegonha*, assim como outras intervenções que possam alavancar melhores resultados para a saúde bucal de nossas crianças, mudando o perfil encontrado nos relatos anteriores, onde os índices de cárie não mostram melhorias exatamente na faixa mais importante do crescimento e desenvolvimento infantil.

O objetivo da Câmara Técnica de Odontopediatria do CROSP é conscientizar tanto o público leigo, como os cirurgiões dentistas e demais profissionais da área da saúde, de que a criança, como sujeito de direitos, merece ter dentro do SUS e dos CEO, necessária e merecidamente, os profissionais especializados na solução de seus problemas de Saúde: Pediatras para a avaliação e cuidados da saúde sistêmica, bem como Odontopediatras para a avaliação, tratamento e cuidados da saúde bucal.

A realização de outros levantamentos epidemiológicos deveria incluir indicadores de caráter socioeconômico, variáveis como a percepção dos responsáveis e dos cirurgiões-dentistas e assim, concluiu-se que existe a necessidade de inserir o Odontopediatra nos CEO, baseado na necessidade de mudar o perfil de cáries na faixa etária, principalmente de até os 5 anos, que segundo os últimos censos (Projetos SB Brasil 2003 e 2010), não apresentou alteração dos índices que atingisse o perfil esperado pela OMS para assistência à saúde bucal infantil no Brasil.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*, vol. 44, n. 2, p. 360-5, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 68.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, p. 2-7, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. P. 116.

CÂMARA TÉCNICA DE ODONTOPEDIATRIA DO CROSP. CROSP Entrevista: A presença dos odontopediatras nos Centros de Especialidades Odontológicas-CEO. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/tv/video/zEf -t c GQ>. Acesso em 21 de setembro de 2015.

MOIMAZ, S.A.S.; GARBINI, C.A.S.; GARBINI, A.J.I.; FERREIRA, N.F.; GONÇALVES, P.E. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Publ FGV*, vol. 42, n. 6, p. 1125-35, 2008.

MOREIRA, R.S.; NICO, L.S.; TOMITA, N.E.; RUIZ, T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*, vol. 21, p. 1665-75, 2005.

NAKAGAWA, M.C.S. *Avaliação das práticas em serviço odontológico na estratégia saúde da família*. Londrina, 2011. [Dissertação de mestrado]. Londrina. Universidade Estadual de Londrina.

NARVAI, P.C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva*. v. 5, n. 3, 2011.

OPA/CFO. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BRASIL. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: Registro de uma Conquista Histórica*. Orgs. Costa, J.F.R.; Chagas, L.D.; Silvestre, R.M., Brasília, 2006, p. 67.

A EMPRESA COMO PROTAGONISTA DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL NA ÓTICA DA UNITED WAY

Elen Portero de Paula

Diretora Executiva da United Way Brasil (2015 -)

Silvia Zanotti Magalhães

Diretora Executiva da United Way Brasil (2012 - 2015)

Paula Crenn Pisaneschi

Gerente de Projetos e Voluntariado

Todos são responsáveis por uma atuação cidadã, inclusive as empresas, pois são formadas por pessoas. Tanto por seu papel como cidadã como pela dinâmica necessária a seu próprio crescimento e à construção de uma sociedade sustentável, a empresa necessita estimular o desenvolvimento local, trocando conhecimento, participando, investindo em pessoas dentro e fora de sua instituição.

A partir desse princípio, a missão da United Way Brasil³⁰ é mobilizar as pessoas, fazendo uma ponte entre as comunidades, as empresas e os funcionários dessas empresas para promover a transformação social e criar comunidades mais saudáveis e mais desenvolvidas, gerando oportunidades para todos.

Desde 2010, a United Way Brasil tem atuado com foco na Primeira Infância, buscando despertar na empresa a importância do investimento estratégico nesse período do desenvolvimento humano. Este despertar deve ser levado também ao público interno: os funcionários, como interlocutores, investidores sociais, voluntários em advocacy, promotores de atividades em creches, ONG's, centros de saúde, escolas, entre outros, de modo que estes se empoderem da transformação social da sua própria comunidade.

Esta aproximação dos empresários e funcionários a ações concretas em sua comunidade tem a capacidade de mobilizar muito poderosamente os indivíduos. Muitos se surpreendem ao ver que as crianças têm uma fala, que as crianças têm um querer, que as crianças têm ideias muito interessantes, por exemplo: *Eu não consigo brincar, porque os brinquedos não são apropriados para a minha idade, estão quebrados e são perigosos. Eu raspo o meu joelho no chão do parquinho.* São situações simples e óbvias, mas muito valiosas, que geram impactos significativos.

Observamos que as empresas e o governo, diariamente, buscam incansavelmente soluções para reverter as estatísticas de violação de direitos humanos, de evasão escolar, de problemas de saúde crônicos, de

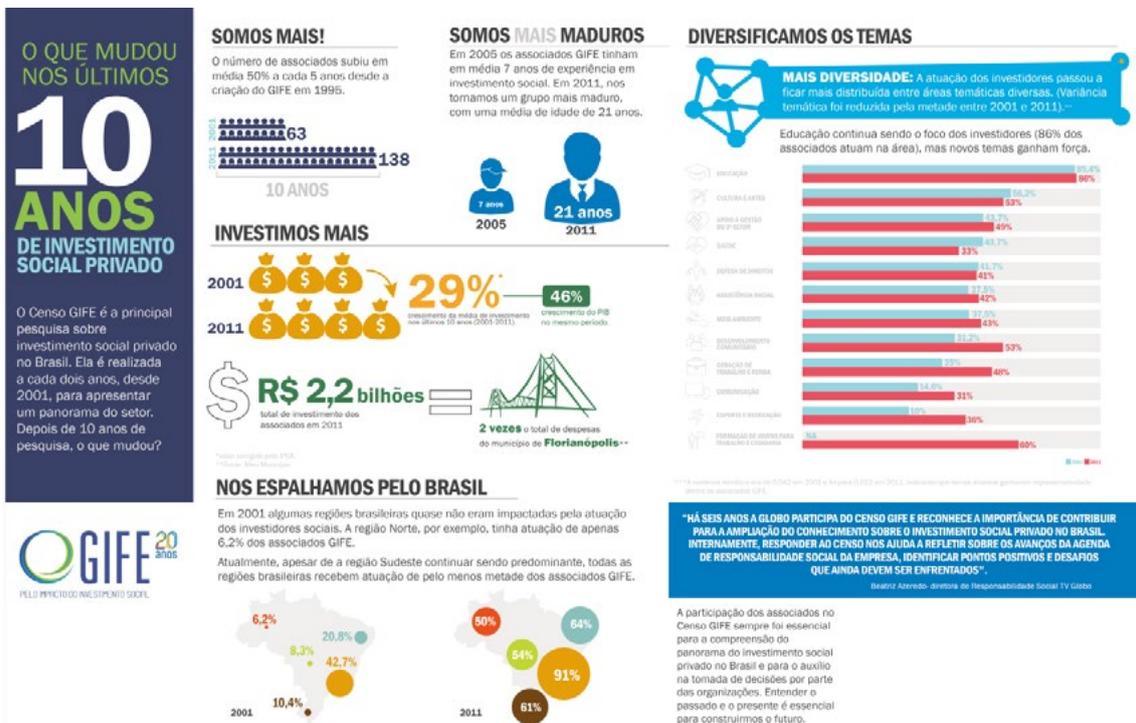
30 A United Way é uma organização sem fins lucrativos, de 125 anos e com sede em mais de 40 países. No Brasil, estabeleceu-se como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), fundada em 2001 por líderes empresariais (Alcoa, Dupont, EDS, Enron, Grupo Lund, JP Morgan, Instituto Ayrton Senna, Morgan Stanley, Pinheiro Neto Advogados, P&G, Timken Transway e Rohm Haas) que tinham como objetivo trazer a filosofia do movimento United Way para o país.

criminalidade e pobreza. As empresas sofrem com o tal do “apagão de mão de obra qualificada”, sofrem com os altos encargos tributários, e o governo gasta esses e outros milhões com medidas paliativas tentando salvar o destino daquele adolescente ou cidadão, que se tivesse sido “resgatado” ou bem cuidado no início da vida, resultaria em outro desfecho a tantas histórias. Hoje já sabemos o quanto a intervenção na primeira infância é efetiva, mas também sabemos que a transformação da realidade dos problemas que assistimos só é possível quando todos os setores da economia são envolvidos e atuantes, e é acreditando no papel da iniciativa privada que United Way Brasil investe na construção de um novo futuro.

Nós acreditamos que as empresas e seus funcionários podem contribuir efetivamente para a transformação social, principalmente para diminuir a desigualdade social e fortalecer a cidadania de um país. Nos últimos 15 anos a United Way Brasil e empresas parceiras se juntaram para melhorar a educação pública no Brasil, por meio de ações de voluntariado e aprimoramento de práticas educacionais nas creches e escolas de educação infantil que estão inseridas num contexto de alta vulnerabilidade e exclusão. Temos buscado ampliar nossas parcerias, e conscientizar cada dia mais empresas e funcionários da importância de seu investimento e participação para transformar a história do nosso país, num país mais justo e democrático.

Temos aprendido que o segredo para maior eficácia e eficiência é criar estratégias que sejam vinculadas às políticas públicas, tais como o Marco Legal da Primeira Infância. Assim, fortalecemos a rede de corresponsabilidade pelo cuidado das crianças. Observamos uma grande sinergia ao sensibilizar um gerente de fábrica, um empresário a fazer uma discussão sobre uma política pública se ele vivenciou um processo de melhoria, seja dentro de uma unidade básica de saúde, com a implantação um projeto de visita domiciliar em determinado bairro, seja dentro de um centro de educação infantil, em que ele vai escutar dos diretores, professores e das próprias crianças as melhorias que foram alcançadas a partir de um projeto realizado por sua empresa.

Nesta atuação, a apresentação do diagnóstico, das estatísticas, das recomendações dos especialistas, dos componentes são de extrema importância para a mobilização empresarial, assim como é fundamental manter um contínuo processo de avaliação que permita demonstrar os avanços dos investimentos realizados.



Fonte: GIFE – disponível em: <http://gife.org.br/wp-content/uploads/2015/09/InfoO-que-mudou-10-anos-investimento-social-privado.png>

Segundo a pesquisa Perry Preschool, realizada pelo Prêmio Nobel James Heckman, em 1993, cada dólar investido na Primeira Infância retorna 7 dólares, sendo o melhor investimento que se pode fazer em relação aos vários períodos do desenvolvimento humano. Assim, o trabalho desenvolvido junto às empresas em prol do desenvolvimento da Primeira Infância representa um esforço importante para a formação da próxima geração – atendendo a primeira infância hoje, contudo, não representa só o retorno financeiro, mas principalmente a construção de uma sociedade mais igualitária, próspera e sustentável.

PARTE IV
PROGRAMAS DE APOIO
ÀS FAMÍLIAS NA
PRIMEIRA INFÂNCIA

VISITAS DOMICILIARES PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: LIÇÕES DO PROGRAMA *NURSE-FAMILY PARTNERSHIP*

Alessandra Schneider

Psicóloga, Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, Mestre e Doutoranda em Psicologia, Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Ivânia Ghesti-Galvão

Psicóloga, Especialista em Justiça da Infância e da Juventude, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica e Cultura, Assessora da Frente Parlamentar da Primeira Infância (Câmara dos Deputados)

Visitas domiciliares têm sido amplamente utilizadas em programas de promoção do desenvolvimento infantil, sobretudo na gestação e nos primeiros anos de vida da criança, especialmente junto a famílias em situação de vulnerabilidade social. No mundo inteiro, programas de visita domiciliar visam fortalecer o conhecimento e as habilidades necessárias ao estabelecimento de interações parentais positivas e estimuladoras (GOODSON, 2014; ENGLE *et al.*, 2007; 2011; ROGGMAN, BOYCE e INNOCENTI, 2008; TOLANI, BROOKS-GUNN e KAGAN, 2006; VARGAS-BARÓN, 2006; 2009). Supõe-se que os resultados de desenvolvimento das crianças pequenas sejam mediados por mudanças criadas pelos programas nos pais.

Na primeira parte deste artigo apresentaremos uma revisão da literatura sobre programas de visita domiciliar: em que situações se utiliza a estratégia da visita domiciliar? Quais aspectos interferem na qualidade dos programas? Em que contextos se verificam os maiores e mais sustentados resultados? Como a relação família-visitador contribui ou não para um bom resultado da intervenção?

Na segunda parte, apresentaremos a experiência do Programa norte-americano *Nurse-Family Partnership* (NFP), que em português se traduz por “Parceria Família-Enfermeira”. Trata-se de um dos mais bem-sucedidos programas de visita domiciliar para populações vulneráveis no mundo, com impactos significativos sobre o desenvolvimento infantil.

Ao final do artigo, a partir das lições aprendidas em mais de três décadas de avaliação do modelo NFP, são ressaltados aspectos que deveriam ser considerados por gestores e formuladores de políticas para a concepção, implantação, monitoramento e avaliação de programas de visita domiciliar.

1. PROGRAMAS DE VISITA DOMICILIAR: O QUE DIZ A LITERATURA

Programas de visita domiciliar têm uma longa história nas sociedades ocidentais como estratégia de atendimento preventivo e de cuidados de saúde materno infantil, sobretudo para famílias de difícil acesso e em vulnerabilidade (BARNES, 2003; DONELAN-MCCALL e OLDS, 2012). A partir de 1970, a visita domiciliar se destacou como estratégia para promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, bem como para a

redução de maus-tratos e negligência na infância, em famílias vulneráveis e em situação de risco (KITZMAN, 2010) em vários países do mundo.

A maioria dos programas trabalha com o pressuposto de que os comportamentos em relação à saúde da mulher no pré-natal, o cuidado e a estimulação que dispensam à sua criança e o curso de vida da família afetam o desenvolvimento emocional, cognitivo e social dos seus filhos (DONELAN-MCCALL e OLDS, 2012). Há evidências cada vez mais contundentes sobre o impacto das experiências iniciais, desde a concepção e nos primeiros anos de vida do bebê, sobre sua saúde física, a saúde mental e a aprendizagem, em períodos posteriores da vida (MCCAIN, MUSTARD e MCCUAIG, 2011; MCCAIN, MUSTARD e SHANKER, 2007; MUSTARD, 2010). Portanto, intervenções de qualidade voltadas à família com criança na primeira infância – destinadas a fortalecer as competências parentais e o ambiente para a aprendizagem infantil – têm um importante papel na redução dos problemas de saúde e de desenvolvimento ao longo do curso da vida (ECKENRODE *et al.*, 2010; ENGLE *et al.*, 2007).

O conceito de visita domiciliar, entretanto, pode gerar confusão na medida em que se refere a um mecanismo de prestação de serviço, isto é, de atendimento à família onde ela está, no seu ambiente social, e não propriamente a um modelo de programa específico com conteúdo determinado (KORFMACHER *et al.*, 2008). Revisando a literatura sobre o tema, verifica-se que os programas de visita domiciliar diferem significativamente quanto ao perfil da clientela, ao *background* dos prestadores de serviços, a seus modelos teóricos, ao currículo (a forma pela qual a teoria é traduzida em conteúdos e processos) e, finalmente, em como são implementados (KITZMAN, 2010; OLDS *et al.*, 2007). Com tantas variáveis envolvidas, os resultados dos programas são também variados.

Segundo Tolani, Brooks-Gunn e Kagan (2006), os programas que demonstraram os maiores e mais sustentados resultados foram aqueles que ofereceram uma abordagem multidimensional, isto é, trabalharam o curso de vida das mães, a vida familiar, os cuidados com a criança e o desenvolvimento infantil integral. Na última década, foram publicados estudos cujos resultados questionavam a efetividade dos programas de visita domiciliar quando os modelos de intervenção não utilizavam profissionais qualificados, tais como enfermeiras, ou não adotavam um currículo estruturado e voltado a promover mudanças de comportamento (GOMBY, CULROSS e BEHRMAN, 1999; OLDS, HILL, ROBINSON, SONG e LITTLE, 2000; OLDS *et al.*, 2002; WAGNER, SPIKER e LINN, 2002). Tais evidências devem ser levadas em consideração por gestores e profissionais no desenho de um programa de visita domiciliar, em termos de sua estrutura, currículo e metodologia (OLDS, 2002).

Tolani e colaboradores (2006) chamam a atenção para quatro características fundamentais dos programas de visita domiciliar que interferem na sua qualidade: a frequência, os profissionais envolvidos, a duração das intervenções e o currículo. Visitas domiciliares mais frequentes e programas de maior duração permitem aos visitantes compreenderem as necessidades familiares, apoiarem as famílias a mudar sua condição de vida, bem como os padrões de relacionamento que interferem na saúde da criança e dos pais (OLDS e KITZMAN, 1993). O programa deve ser flexível para se ajustar às necessidades dos pais, especialmente quando se trata de famílias de baixa renda e em situação de risco.

Qualquer que seja o número de visitas sugerido nos manuais dos programas, apenas cerca de 50% das visitas recomendadas realmente ocorrem (KITZMAN, 2010). Há evidências de que quanto mais visitas, melhor, e de que os efeitos surgirão a partir de um número mínimo de visitas, embora o número ideal de visitas ainda não tenha sido estabelecido. Além disso, estudo aponta que 20% a 67% das famílias participantes de

programas de visita domiciliar se desligam antes do término previsto para a intervenção (HEAMAN CHALMERS, WOODGATE e BROWN, 2006).

Em relação aos profissionais, os efeitos das intervenções na primeira infância para famílias de baixa renda são maiores quando os programas empregam enfermeiras ou outros profissionais graduados (OLDS, 2002). Estudo publicado por Korfmacher, O'Brien, Hiatt e Olds, em 1999, demonstra que o impacto do programa *Nurse-Family Partnership* (NFP) quando executado por um profissional de nível médio corresponde à metade do impacto produzido por uma enfermeira. Famílias visitadas por enfermeira são menos propensas a abandonar o Programa em relação a famílias visitadas por profissionais de nível médio. Além disso, as enfermeiras realizam mais visitas que os profissionais de nível médio, e a rotatividade de profissionais de nível médio é maior que a de enfermeiras no programa. Da mesma forma, Olds e colaboradores (2007) constataram que as mães valorizaram mais a visita das enfermeiras e seguiram mais suas sugestões e orientações, em relação àquelas que receberam visitas de profissionais de nível médio.

A parceria entre profissionais sem formação universitária (de nível médio) e profissionais graduados é relevante quando é necessário reduzir os custos do programa. Nesse caso, a supervisão e a capacitação sistemática são fundamentais. McGuigan, Katzev e Pratt (2003) verificaram que as famílias permaneciam nos programas por mais tempo quando o visitador domiciliar recebia mais horas de supervisão direta. Assim, a formação inicial e a capacitação em serviço do visitador parecem ser elementos críticos no engajamento aos programas, e para a habilidade do visitador em motivar a mãe/pai para mudanças de comportamento em prol da saúde das crianças.

Quanto à duração das intervenções, a maioria das evidências experimentais sobre programas de visita domiciliar demonstram que encontros regulares e frequentes, a partir da gestação até os dois anos de idade, são mais benéficos para as crianças de baixa renda e suas famílias (TOLANI *et al.*, 2006). Efeitos mais significativos em relação à saúde da mãe e da criança foram observados naquelas mães que participaram da intervenção desde a gestação (OLDS e KITZMAN, 1993) e Kearney, York e Deatrck (2000) salientaram que a relação família-visitador é fortalecida quando há visitas pré-natais. O estudo de Weiss (1993) demonstrou, contudo, que programas que oferecem visitas domiciliares apenas durante a gestação não produzem ganhos de desenvolvimento significativos para as crianças, tampouco mudanças nos cuidadores no período pós-natal. O ideal é que as intervenções iniciem no período pré-natal e se estendam até a primeira série do ensino fundamental (TOLANI *et al.*, 2006). Com relação ao currículo, Olds, Sadler e Kitzman (2007) observaram que um aspecto fundamental é que o currículo seja culturalmente relevante e responda às necessidades da população a quem se destina.

Pesquisas disponíveis indicam que os programas de visita domiciliar produzem melhores resultados quando contratam profissionais qualificados, como enfermeiras(os) (OLDS *et al.*, 2002), estão embasados em teorias de mudança de comportamento e desenvolvimento, focalizam fatores de risco e seguem um currículo bem estruturado ao longo das visitas (ZERCHER e SPIKER, 2010). Poucos programas de visita domiciliar, entretanto, alteraram significativamente o desenvolvimento infantil (BROOKS-GUNN e MARKMAN, 2005; OLDS *et al.*, 2002), sendo o NFP uma notável exceção. Algumas hipóteses podem ser levantadas: os programas de visita domiciliar não têm intensidade suficiente para alterar o desenvolvimento de crianças em situação de risco ou vulnerabilidade; o currículo não é adequado; ou ainda a maioria dos visitadores não tem a formação e/ou capacitação necessárias para uma intervenção de qualidade.

Heaman e colaboradores (2006) pesquisaram os fatores para o sucesso de programas de visita domiciliar para a primeira infância, a partir da visão de enfermeiras, visitadores e pais. Os componentes relacionados

pelos participantes ao sucesso das intervenções foram: *i*) orientado por uma filosofia; *ii*) participação voluntária dos pais; *iii*) visitas domiciliares regulares; *iv*) currículo para orientar as intervenções do visitador; e *v*) atenção especial à seleção, capacitação e supervisão dos visitadores domiciliares.

Bernstein (2002) destaca quatro atividades necessárias à melhoria da efetividade dos programas. São elas: *i*) construir relacionamentos positivos com as famílias, e não ficar aprisionado por seus problemas; *ii*) promover a relação mãe-bebê para apoiar o desenvolvimento infantil; *iii*) identificar as fortalezas da família e utilizá-las em benefício dos objetivos do programa; e *iv*) garantir supervisão reflexiva para os visitadores para fortalecer suas habilidades e protegê-los do excesso de estresse.

Uma parte significativa de variações na implementação dos programas é decorrente de aspectos críticos do desenho do programa, tais como definir corretamente a população-alvo, intervir nos momentos mais críticos do desenvolvimento, e prover serviços que, na perspectiva dos participantes, reduzam sua vulnerabilidade (OLDS *et al.*, 2007). Programas melhor estruturados têm mais chance de envolver a clientela, produzir cuidados funcionais e efeitos positivos sobre o desenvolvimento infantil (OLDS *et al.*, 2007). Há, ainda, evidências de que os participantes classificados como pertencentes ao grupo de mais alto risco obtêm melhores resultados que os participantes com menor risco (KITZMAN, 2010; OLDS, 2002; OLDS, 2006).

Artigo publicado em 2011 por Azzi-Lessing no *Early Childhood Research Quarterly* discute aspectos centrais dos programas de visita domiciliar e, sobretudo, lança reflexões sobre o futuro deste tipo de intervenção. A autora destaca a importância de integrar as visitas domiciliares a um sistema abrangente de proteção social que vise atender os múltiplos fatores de risco e as vulnerabilidades das famílias. Assim, Azzi-Lessing (2011) propõe que a estratégia de visita domiciliar seja considerada uma faceta dentro de um espectro mais amplo de atendimento que englobe escolas de educação infantil, educação de jovens e adultos, serviços de saúde mental, e formação profissional.

1.1. A relação família-visitador

Na visão das famílias, conforme estudado por Gomby (2005), o visitador domiciliar é o programa. Para que o programa obtenha a adesão da população alvo e alcance seus objetivos, portanto, é fundamental que os visitadores estabeleçam uma relação de confiança com as famílias atendidas (KITZMAN, COLE, YOOS e OLDS, 1997; WEISS, 1993). Os visitadores necessitam ter habilidades pessoais bem desenvolvidas porque a forma com que eles abordam as famílias, prática e emocionalmente, influencia a resposta por parte dos pais, isto é, se seguirão ou não as suas orientações (WATSON e TULLY, 2008). Além disso, os visitadores precisam ter as competências e habilidades requeridas para uma comunicação efetiva (DAVIS e SPURR, 1998; DAVIS *et al.*, 1997; DAVIS e RUSHTON, 1991). Segundo Gomby (2005), o visitador também necessita de habilidades cognitivas (para o planejamento e o registro das atividades realizadas), organizacionais (para implementar o programa conforme as diretrizes) e de resolução de conflitos (para lidar com temas familiares emergentes).

A maioria dos programas enfatiza a importância de um relacionamento positivo entre a família e o profissional (KITZMAN *et al.*, 1997). Certamente, a qualidade do relacionamento é um preditor dos resultados. Quando a intervenção destina-se a famílias em vulnerabilidade, contudo, muitas mães apresentam ambivalência em relação à adesão ao programa porque percebem o visitador como alguém que fiscaliza e que poderá julgá-las como “mães inadequadas” (JACK *et al.*, 2005).

Segundo Olds, Sadler e Kitzman (2007), os programas devem ser capazes de responder a uma pergunta fundamental: “por que os pais desejariam empregar seu tempo para participar do programa?”. Intervenções

destinadas à família devem responder aos interesses, às preocupações e às motivações dos pais, bem como utilizar métodos clínicos para promover mudanças comportamentais (MILLER e ROLLNICK, 2002).

Evidências sugerem cada vez mais que apenas uma amizade construída não é suficiente para produzir os resultados esperados. Uma relação apenas de amizade pode fornecer alívio temporário para isolamento e desespero, mas talvez não seja suficiente para construir os recursos necessários para produzir resultados eficazes e duradouros para famílias, mães e crianças (KITZMAN, 2010).

Korfmacher (2007) discutiu a experiência de famílias e de profissionais que participam de programas voltados à primeira infância, referindo um estudo realizado por Emde, que salientou a importância do *significado, do sentido* da intervenção para os participantes (EMDE, 1988, p. 275 *apud* KORFMACHER, 2007). A família e o profissional constroem suas percepções acerca do atendimento na medida em que o trabalho e a interação progredem. Esse é um processo vivo, dinâmico, que mobiliza vivências anteriores. É nesse ponto de convergência intersubjetiva que um novo sentido emerge. Segundo Korfmacher (2007), o sentido da experiência depende, essencialmente, da qualidade do relacionamento que é formado entre os membros da família e o profissional, e a forma pela qual esta relação se conecta com outras relações da vida familiar.

O estabelecimento de uma aliança efetiva entre família e visitador, a melhoria da comunicação entre eles e o aumento da motivação materna para aperfeiçoar suas habilidades para o cuidado da criança foram aspectos ressaltados por Jack e colaboradores (2005), como resultados do desenvolvimento da confiança. Os autores salientam, ainda, que à medida que a confiança no visitador aumenta, o sentimento de vulnerabilidade da mãe diminui e ela se mostra mais disponível para discutir assuntos pessoais e significativos.

Davis e colaboradores desenvolveram um modelo de ajuda intitulado *Family Partnership Model* no qual a relação família-provedor de serviço é apresentada como uma parceria, definida pela participação mútua, poder compartilhado, experiência e conhecimento de ambos os parceiros, acordo sobre os objetivos e processos de trabalho, negociação, confiança, respeito mútuo, e uma comunicação aberta e honesta (DAVIS, DAY e BIDMEAD, 2002; DAVIS e MELTZER, 2007). Esse modelo enfatiza que os profissionais necessitam também demonstrar qualidades como empatia, respeito e humildade para estabelecer uma relação de trabalho e prover um contexto no qual os pais sintam-se apoiados e fortalecidos para resolver os seus problemas (KIRKPATRICK, BARLOW, STEWART-BROWN e DAVIS, 2007).

Um relacionamento baseado no cuidado é capaz de prover apoio emocional e prático, com a finalidade de minimizar os aspectos vulneráveis da família, reduzindo, por exemplo, o estresse e a experiência de isolamento da mãe. A finalidade é que a mãe esteja emocionalmente amparada e devidamente informada para atender às necessidades do bebê, da melhor maneira possível. O relacionamento deve ser, portanto, confiável e aberto para dar apoio às dúvidas e às angústias da família. A filosofia subjacente é expressa na frase: “Faça com os outros aquilo que você quer que eles façam com os demais” (KORFMACHER, 2007). Logo, cuidar dos pais para que eles cuidem dos filhos.

Segundo Swick (2004), relações autênticas fortalecem e responsabilizam todos os envolvidos. Uma parceria sólida e saudável entre a família e o profissional inclui autopercepção, comunicação efetiva, mutualidade e respeito, uma visão positiva sobre os talentos e as habilidades do outro, um propósito comum, honestidade, confiança e um sentido de espiritualidade. Jack e colaboradores (2005) destacam que o engajamento de mães vulneráveis em programas de visita domiciliar percorre três fases, a saber: a superação do medo; a construção de laços de confiança; e a busca pela mutualidade, isto é, o compartilhamento recíproco entre mãe e visitador de experiências pessoais de vida e de experiências relativas à maternidade.

O principal empecilho para o desenvolvimento de uma visão positiva dos pais em relação ao visitador é a atitude do próprio visitador (SWICK, 1995). Profissionais que expressam um julgamento ou uma visão negativa acerca da família criam barreiras para o seu efetivo engajamento (SWICK e GRAVES, 1993). Outro estudo (DINNEBEIL e RULE, 1994 *apud* ALLEN, 2007) aponta como empecilho para uma relação efetiva entre família e visitador o número insuficiente de visitas domiciliares e a realização de intervenções que não valorizam os esforços e nem apoiam as necessidades parentais.

Quando os pais se sentem valorizados e necessários para o alcance dos resultados da intervenção, eles participam mais (POWEL, 1998). Swick (1995) afirma que os pais valorizam aqueles profissionais que os reconhecem como indivíduos capazes de cuidar do bebê e os pais que se sentem valorizados tendem a apresentar maior adesão ao programa.

Outro aspecto, destacado pelos pais, e que tem um impacto positivo na visão que os mesmos têm do visitador é sua capacidade de promover acesso aos serviços necessários à família (SWICK, 1995). Por exemplo, apoiá-los a identificar uma creche para o bebê; auxiliá-los a estreitar os laços com os serviços de saúde; aproximar a família dos programas de bem-estar social e de transferência de renda e assim por diante.

Kirkpatrick e colaboradores (2007) investigaram a percepção de mães que participaram de programa de visita domiciliar sistemático, na gestação e no primeiro ano de vida do bebê, na Inglaterra. Verificaram que, apesar do receio inicial e do preconceito em relação aos visitadores (profissionais de saúde e serviço social), ao final da intervenção, as mães valorizavam significativamente o relacionamento construído com o visitador. Além disso, identificaram como resultados do programa: o desenvolvimento da confiança; a melhoria da saúde mental materna; a provisão de cuidados mais adequados com o bebê; o fortalecimento de relacionamentos; e a mudança de atitude das mães em relação aos profissionais. Os achados demonstraram o potencial de visitas domiciliares sistemáticas para envolver e apoiar mães em vulnerabilidade e com baixa adesão aos serviços de saúde tradicionais.

Segundo Angeles-Bautista (1998), os profissionais que atuam na área do desenvolvimento infantil devem interagir com os pais de duas formas fundamentais, porém distintas. Uma delas implica reconhecê-los como cuidadores que necessitam de apoio, empatia e informação sobre os cuidados e a educação infantil. A outra abordagem é vê-los como adultos aprendizes e indivíduos que também vivenciam processos de mudança e desafios, que requerem apoio e atenção, mas que aportam ao programa sua própria experiência de vida e conhecimento. Para a autora, portanto, trabalhar com crianças pequenas implica sempre trabalhar com seus pais e vice-versa. Conclui afirmando que os conceitos que os profissionais formam sobre os pais e as premissas que orientam a intervenção vão, em última análise, determinar se o fortalecimento das competências parentais será ou não sentido pela família como algo real, factível e que traz benefícios para eles e para seu filho. A seguir, apresentamos a experiência do NFP, visando tecer algumas considerações sobre lições aprendidas que possam ser úteis aos profissionais e gestores brasileiros.

2. *NURSE-FAMILY PARTNERSHIP* (NFP): UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA

Inicialmente denominado *Nurse Home Visiting Program* (em português, Programa de Visita Domiciliar por Enfermeira), o NFP consiste em um modelo de intervenção abrangente e intensivo de visitas domiciliares realizadas por enfermeiras ao longo da gravidez até os 24 meses de vida do bebê. O Programa é destinado a mulheres em primeira gestação e em condição de vulnerabilidade social com o intuito de apoiar jovens mães

a cuidarem de forma mais apropriada de seus bebês e de si mesmas (OLDS, HILL, MIHALIC e O´BRIEN, 1998a; ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION [RWJF], 2006).

As origens do NFP estão intrinsecamente vinculadas a três experimentos randomizados e com grupo controle nos quais o modelo de intervenção foi testado e aperfeiçoado, a partir de 1977 (OLDS, 2002; OLDS *et al.*, 2007), nos Estados Unidos. O Programa tem apresentado impacto sobre a saúde e o desenvolvimento de bebês e de mães, mesmo após o término da intervenção, em comparação ao grupo controle. Dentre os resultados, destacamos a redução de abuso e negligência na infância (OLDS, HENDERSON, TATELBAUM e CHAMBERLIN, 1986), diminuição de acidentes domésticos (OLDS *et al.*, 1986), diminuição do número de gestações, aumento do intervalo entre os nascimentos (OLDS e KITZMAN, 1993; OLDS *et al.*, 1997), maior capacidade comunicacional de bebês aos 24 meses de idade (KITZMAN *et al.*, 1997), melhor desempenho intelectual, vocabulário receptivo e menos problemas comportamentais em crianças aos seis anos de idade (OLDS *et al.*, 2004), e menos prisões e julgamentos criminais entre meninas de 19 anos que foram visitadas na primeira infância (ECKENRODE *et al.*, 2010).

O pesquisador responsável pela sua idealização e permanente aperfeiçoamento é David Olds, PhD em Psicologia do Desenvolvimento, professor de Pediatria e Diretor do Centro de Pesquisa Preventiva para a Saúde da Criança e da Família (*Prevention Research Center for Family and Child Health*), da Universidade de Colorado, em Denver. Sob sua liderança, a replicação do modelo em escala nacional e com características de política pública só ocorreu após a comprovação de seus resultados. Ainda hoje, apesar de três décadas de evidência confirmando a eficácia do Programa, bem como seu reconhecimento em âmbito nacional e internacional, Olds continua a aprimorá-lo tendo em mente suas palavras favoritas: “baseado em evidência” (RWJF, 2006, p. 6). Além disso, a fidelidade ao modelo é considerada primordial para Olds (OLDS, HILL e O´BRIEN, 2003).

O Programa tem três objetivos: *i) melhorar os resultados da gravidez* ao apoiar as futuras mães a qualificarem comportamentos relacionados à sua saúde (por exemplo, reduzindo o uso de tabaco, álcool, drogas ilícitas, identificando e buscando tratamento para complicações obstétricas emergentes) (OLDS *et al.*, 2007); *ii) promover a saúde e o desenvolvimento infantil* ao ajudar os pais a prover cuidados e estimulação apropriados; e *iii) melhorar a autossuficiência financeira da família*, ao apoiar as mães/pais no planejamento familiar, continuidade da sua educação formal e participação no mercado de trabalho (RWJF, 2006; ECKENRODE *et al.*, 2010). A premissa de Olds é que, ao ajudar as mães a se tornarem mais saudáveis e fortalecidas, elas, por sua vez, criarão crianças mais saudáveis, fortes e resilientes – fortes o suficiente para mover o mundo em uma melhor direção, por elas mesmas (RWJF, 2006).

A inspiração para o desenvolvimento de um programa preventivo com ênfase na maternidade remonta à infância de Olds, que foi criado por uma mãe devotada. Ele tinha, desde pequeno, um desejo de “ajudar as pessoas” (RWJF, 2006, p. 6). Sua formação em psicologia do desenvolvimento e interesse no vínculo mãe-bebê, aliados à experiência inicial como professor de pré-escola, depois como pesquisador do *Comprehensive Interdisciplinary Developmental Services* e, posteriormente, como professor universitário, lhe garantiram as ferramentas necessárias para começar a esboçar o modelo. O Programa foi rigorosamente avaliado em três estudos randomizados com grupo controle em Elmira (1977), estado de Nova Iorque; em Memphis (1988), Tennessee; e em Denver (1994), Colorado.

Em 2003, mediante o apoio da Fundação Robert Wood Johnson e outros, o “Modelo Olds” inspirou a criação de uma organização não governamental que possui um escritório de representação nacional (*Nurse-Family Partnership National Service Office*), em Denver. Essa instituição assessora tecnicamente as comunidades

e parceiros locais na implantação do Programa, garantindo a fidelidade ao modelo. Presta assessoria nas seguintes áreas: *i*) desenvolvimento do Programa; *ii*) capacitação das enfermeiras; *iii*) apoio à qualidade do Programa (monitoramento e avaliação); *iv*) comunicação e *marketing*; e *v*) assuntos de governo e de políticas públicas. As agências de implementação local contratam as equipes de enfermeiras e operam por meio de um acordo com o Escritório do Serviço Nacional *Nurse-Family Partnership* (NURSE FAMILY PARTNERSHIP [NFP], 2012a; RWJF, 2006).

Em outubro de 2011, o Programa estava em funcionamento em 33 estados norte-americanos, abrangendo 234 condados, atendendo a 22.334 famílias, com a participação de 1.221 enfermeiras visitadoras e 234 supervisoras. Cabe salientar que, de 1996 (ano em que o modelo iniciou a sua replicação nacional mediante financiamento público e privado) a 2012, já foram beneficiadas 141.690 famílias norte-americanas (NFP, 2012b). Em 2015, o NFP foi oferecido em 44 estados, praticamente em todo o território norte-americano.

O Programa está sendo replicado e avaliado na Inglaterra, mediante projeto-piloto conduzido pelo governo daquele país (BARNES, BALL, MEADOWS e BELSKY, 2009). Segundo informações disponíveis no *website* do Programa, o mesmo está sendo replicado também na Austrália, no Canadá, na Alemanha, na Escócia e na Holanda, sob a orientação técnica da equipe do *Prevention Research Center for Family and Child Health* da Universidade de Colorado, Denver, Estados Unidos da América (NFP, 2012c).

2.1. Pressupostos teóricos e aspectos centrais da metodologia

Esse modelo de visita domiciliar possui um sólido embasamento teórico e epidemiológico (OLDS *et al.*, 2003). O Programa está alicerçado nas teorias da Ecologia Humana (BRONFENBRENNER, 1979/1996, 1995), da Autoeficácia (BANDURA, 1977) e na Teoria do Apego (BOWLBY, 1969/1990), assim como considera as doenças, epidemias, e sintomas mais recorrentes na gestação e nos primeiros anos de vida, contribuindo para o alcance dos resultados almejados, tanto para a mãe quanto para o bebê (OLDS *et al.*, 1998b).

A teoria da ecologia humana enfatiza a importância do contexto social sobre o desenvolvimento humano. Para Bronfenbrenner (1979/1996), o entendimento do desenvolvimento humano nos seus processos intrapsíquicos e interpessoais exige sua investigação nos ambientes concretos, tanto imediatos quanto remotos, em que os seres humanos vivem. Nessa perspectiva, o desenvolvimento da criança é influenciado pela forma como seus pais cuidam dela, o que, por sua vez, depende das características e sistemas próprios da família, suas redes sociais, vizinhança, comunidade e pelas inter-relações entre estas instâncias (OLDS, 2002).

Na implementação do Programa, por exemplo, as enfermeiras aproximam as famílias dos serviços disponíveis na comunidade e estimulam o envolvimento dos pais, de outros membros da família e de amigos na gestação, parto e cuidados iniciais com o bebê (ECKENRODE *et al.*, 2010; OLDS *et al.*, 2003), ampliando a rede de apoio social materna. Além disso, o Programa estimula a escolarização da mãe e sua autossuficiência financeira, uma vez que diversos estudos têm demonstrado a importância dos fatores socioeconômicos, tais como o nível de escolaridade da mãe e a renda na determinação da saúde infantil (FRANÇA *et al.*, 2001; HAIDAR, OLIVEIRA e NASCIMENTO, 2001; MENEZES *et al.*, 1998). Tais variáveis são indicadores de disponibilidade de recursos, de conhecimento e/ou de comportamento em relação à saúde da mulher e da criança.

O conceito de autoeficácia, postulado por Bandura (1977), é definido como a crença que um indivíduo possui sobre sua capacidade de organizar e executar ações exigidas para a realização de um determinado objetivo. Trata-se, portanto, da percepção da própria capacidade de realizar uma tarefa com sucesso.

O NFP destina-se a uma população-alvo bastante delimitada e em situação de risco para problemas de desenvolvimento. Atende mulheres sem experiência prévia no campo da maternidade. A abordagem utilizada

pelas enfermeiras visa reforçar a percepção da mãe sobre suas competências para compreender e satisfazer as necessidades do seu bebê (DAWLEY e BEAM, 2005), aumentando seu senso de autoeficácia. As enfermeiras também alertam sobre a influência de determinados comportamentos para a saúde da mãe e do bebê (OLDS *et al.*, 2003), com o intuito de promover o autocuidado materno e o atendimento adequado do bebê. A teoria da autoeficácia sugere que os indivíduos escolhem aqueles comportamentos que eles se sentem capazes de realizar e que acreditam que trarão os resultados almejados. Essa teoria ajuda no entendimento de como as mulheres tomam decisões sobre comportamentos relativos à saúde durante a gestação, aos cuidados com o bebê e ao seu desenvolvimento pessoal.

A teoria do apego (BOWLBY, 1969/1990) constitui-se em um dos enfoques mais expressivos no estudo do processo de interação *mãe-bebê*. Segundo essa concepção, todos os comportamentos do recém-nascido (incluindo os comportamentos instintivos de sugar, mamar, agarrar-se, seguir com os olhos e chorar) têm como função e consequência criar e manter a proximidade e o contato do bebê com a mãe ou a pessoa que a substitua. Esses relacionamentos têm um valor de sobrevivência, porque promovem cuidados para com o bebê.

Embora o bebê humano venha ao mundo programado para apegar-se a um cuidador, é necessário que este seja responsivo e disponível para que se desenvolva um padrão de apego seguro (BOWLBY, 1969/1990; BRAZELTON, 1981/1988). O trabalho de Ainsworth e colaboradores (1978) foi fundamental na identificação dos diferentes padrões de apego que dependem, em grande parte, da sensibilidade materna às necessidades infantis, assim como da capacidade da criança de usar a mãe como base segura a partir da qual explora o mundo e para onde retorna quando em situação de perigo ou angústia.

A teoria do apego tem sido comumente associada ao estudo sobre responsividade (BRETHERTON, 1992). A responsividade é a capacidade do adulto de perceber, interpretar e responder de forma adequada e contingente aos sinais do bebê (AINSWORTH *et al.*, 1978; RIBAS, SEIDL DE MOURA e JUNIOR, 2003). Assim, a responsividade é um dos ingredientes envolvidos no primeiro relacionamento de apego, cujo aspecto central é o estabelecimento do senso de segurança. Nos primeiros estágios do desenvolvimento, quando uma vasta proporção das interações *mãe-bebê* tem referência no cuidado físico-corporal, a responsividade materna tem um papel essencial na regulação dos ritmos fisiológicos (isto é, fome, sono) e na organização emergente dos comportamentos.

Segundo Olds e colaboradores (2003), as enfermeiras ensinam os pais a verificar a temperatura, identificar sinais e sintomas, e estabelecer comunicação com o Programa antes de procurar atendimento em postos e/ou em hospitais, em caso de doença. O currículo, após o nascimento, enfatiza a interação *mãe-bebê*, o reconhecimento dos sinais comunicacionais do bebê pelos pais, incentiva o jogo e a brincadeira, bem como a oferta de um ambiente com segurança para o bebê (OLDS *et al.*, 2003), visando ao estabelecimento de um apego seguro em um contexto familiar acolhedor e estimulante. O NFP explicitamente estimula um cuidado sensível, responsivo e sistemático durante os primeiros anos de vida do bebê (DOLEZOL e BUTTERFIELD, 1994), na medida em que ajuda a família a prover cuidados físicos e emocionais apropriados para um desenvolvimento saudável.

Ao desenhar o Programa, alguns elementos foram contemplados para assegurar um impacto positivo. Primeiro, trabalhar com mães/pais com primeiro filho para ter melhores chances de promover comportamentos positivos. Segundo, realizar visitas a domicílio porque é nesse ambiente que a grande maioria dos cuidados ocorre e onde a família está. Terceiro, trabalhar com enfermeiras como visitadoras domiciliares, porque as mães iriam confiar nelas para saber sobre a gravidez e os cuidados com o bebê e porque muitos dos conhecimentos necessários à realização do trabalho são de domínio das enfermeiras. Quarto, iniciar as

visitas durante a gestação porque as influências negativas no período pré-natal têm efeitos de longo prazo e, possivelmente, irreversíveis após o nascimento (RWJF, 2006).

Uma das hipóteses de Olds é que mulheres que vivenciam sua primeira gestação são mais receptivas a visitas domiciliares sobre cuidados pré e pós-natais do que mães que já passaram por essa experiência, ou seja, com mais de um filho (OLDS, 2002). Outra hipótese é que mães que participam do Programa cuidam melhor de suas crianças, uma vez que o modelo auxilia a mãe a planejar uma futura gravidez. Assim, todas as crianças da família se beneficiam de cuidados parentais mais efetivos, bem como das orientações fornecidas às mães.

De acordo com Olds (2002), a decisão por trabalhar com enfermeiras deve-se ao fato dessas profissionais terem legitimidade e habilidades para responder às preocupações inerentes à gestação e aos primeiros anos de vida. Isso aumenta a sua aceitação e a capacidade de persuasão nas famílias durante essa importante fase do ciclo vital. Assim, a formação do visitador parece ser um elemento crítico no engajamento ao Programa.

Cabe destacar que o ingresso no Programa deve ocorrer, preferencialmente, durante o primeiro trimestre de gestação, ou seja, se possível, até 16 semanas após a concepção. Isso se deve ao fato de que as influências pré-natais, sobretudo o consumo de álcool, o uso de tabaco e de cocaína durante a gravidez, têm um impacto importante sobre o parto e o pós-natal, estando associados a um maior risco de problemas de desenvolvimento ou de comportamento na criança (TREMBLAY, GERVAIS e PETITCLERC, 2008).

Durante o primeiro mês de participação no Programa, as visitas são semanais para criar um nível de confiança entre a mãe e a visitadora; e as demais, quinzenais, totalizando idealmente 14 visitas pré-natais. A meta estabelecida pelo Programa é de realização de 80% ou mais das visitas previstas para o período pré-natal (BARNES *et al.*, 2009). Isso denota que a atenção pré-natal é considerada crucial no Programa para um bom desfecho futuro.

Após o nascimento do bebê, nas primeiras seis semanas, as visitas voltam a ser semanais. Após, são quinzenais até o bebê completar 21 meses, quando passam a ser mensais. O programa oficialmente encerra quando o bebê completa dois anos (24 meses). Durante o primeiro ano de vida, o material do Programa está organizado para orientar 28 visitas domiciliares. Entretanto, é aceito que se realizem pelo menos 65% das visitas previstas para essa etapa (BARNES *et al.*, 2009).

Em cada fase – gravidez, primeiro ano e segundo ano –, as enfermeiras prestam orientações detalhadas às mães e aos pais (sempre que eles estão presentes) sobre o cuidado com a criança (RWJF, 2006). Em termos de conteúdos programáticos, há cinco domínios que devem ser trabalhados e há uma orientação sobre o tempo que deve ser utilizado para abordar cada tema, conforme a etapa de desenvolvimento, lembrando que as visitas devem ter a duração mínima de 60 minutos. Os cinco temas são: *i*) saúde da mulher; *ii*) função materna (*maternal role*); *iii*) desenvolvimento do curso de vida da mãe; *iv*) família e amigos; e *v*) saúde ambiental (BARNES *et al.*, 2009). O tema a ser mais explorado durante as visitas pré-natais é a saúde da mulher (contabilizando de 35% a 40% do tempo). Outro assunto predominante ao longo do curso do Programa é a função materna, que contabiliza de 23%-25% na gestação, 45%-50% no primeiro ano de vida, e 40%-45% no segundo ano de vida. Os temas desenvolvimento do curso de vida da mãe e família e amigos devem empregar em torno de 10%-15% do tempo cada um, e saúde ambiental, de 7%-10% do tempo (BARNES *et al.*, 2009).

O Programa conta com um detalhado currículo, com materiais para leitura e atividades para cada visita. Os protocolos estão alinhados aos três objetivos centrais do Programa descritos anteriormente. Desse modo, nas visitas domiciliares, as enfermeiras informam e estimulam comportamentos relacionados: *i*) à saúde da mulher durante a gestação e nos primeiros anos de vida do bebê; *ii*) aos cuidados dispensados pelos pais ao bebê; e *iii*) ao planejamento familiar, à progressão da educação formal e à participação no mercado de trabalho

(OLDS *et al.*, 1998a). Espera-se, contudo, que as enfermeiras utilizem os materiais com flexibilidade, de acordo com as necessidades e preocupações manifestadas pelos clientes (BARNES *et al.*, 2009).

Cada enfermeira atende até 25 famílias, e o propósito é que a mesma profissional acompanhe as famílias ao longo de todo o curso da intervenção. Para cada oito enfermeiras visitadoras, há uma enfermeira supervisora que trabalha tempo integral e provê supervisão clínica, promovendo a reflexão, a integração teoria-prática e facilitando o desenvolvimento profissional das visitadoras, mediante supervisão individual, reuniões de equipe, estudos de caso e supervisão no campo (NFP, 2012d). Dados são coletados pelas visitadoras e pelas supervisoras, de acordo com as diretrizes do Serviço Nacional do NFP, para orientar a prática, monitorar e avaliar a implementação do Programa, de forma a garantir sua qualidade e demonstrar a fidelidade ao modelo.

Análises econômicas têm demonstrado que programas eficazes voltados à primeira infância pagam o investimento inicial a partir da redução de gastos públicos e privados futuros e dos benefícios gerados para a sociedade. Segundo o *Washington State Institute for Public Policy*, o NFP produz uma economia de gastos futuros da ordem de 18 mil dólares por família atendida (EDNA MCCONNELL CLARK FOUNDATION, 2010), isto é, aquela que recebe visitas domiciliares por um período de 2,5 anos. Essa relação custo-benefício é calculada pela redução de gastos públicos com saúde, educação, serviços sociais e sistema criminal.

As evidências científicas sobre a eficácia do modelo é que permitem a mensuração da relação custo-benefício. A seguir, serão apresentados os principais resultados e impactos do NFP.

2.2. As pesquisas sobre o Programa e seus resultados

O aspecto mais significativo sobre a efetividade de um programa é o seu impacto, ou seja, os resultados que não teriam ocorrido se não houvesse a intervenção do programa. Atualmente, há um volume crescente de estudos e pesquisas voltados a avaliar e demonstrar quais estratégias produzem os melhores impactos sociais no trabalho com crianças pequenas e suas famílias.

Desde 1977, o NFP foi sendo construído com base, especialmente, em três estudos randomizados e com grupo controle realizados com diferentes populações e em diferentes contextos. Todas as avaliações demonstraram resultados positivos no curso de vida da mãe e da criança, sendo os efeitos do Programa ainda maiores para participantes com fatores de risco múltiplos tais como baixa renda, mães solteiras ou adolescentes (OLDS, 2006; OLDS *et al.*, 2002). De um modo geral, os três experimentos identificaram como resultados melhor saúde materna no pré-natal; menos lesões ou danos nas crianças; maior intervalo entre os nascimentos; maior envolvimento paterno; maior participação da mãe no mercado de trabalho; menor uso de serviços de bem-estar social; melhor desempenho escolar das crianças; e, quando as mesmas chegaram à adolescência, menor uso de substâncias tóxicas e menos problemas de comportamento em relação ao grupo-controle (BARNES *et al.*, 2009).

No primeiro experimento realizado em Elmira (1977), estado de Nova Iorque, com uma amostra de 400 famílias brancas de baixa renda e com primeiro filho, foram testados os efeitos de iniciar o Programa durante a gestação *versus* iniciar no pós-parto. Efeitos mais significativos em relação à saúde da mãe e da criança foram observados naquelas mães que participaram da intervenção desde a gestação (OLDS e KITZMAN, 1993).

Um estudo longitudinal, de seguimento de 15 anos em Elmira, demonstrou impactos positivos nas famílias visitadas por enfermeiras, mesmo mais de 12 anos após o término da intervenção (OLDS *et al.*, 1997; OLDS *et al.*, 1998a). Alguns dos indicadores de sucesso (da gravidez até os 15 anos de idade do filho atendido) incluem (RWJE, 2006):

- diminuição de 56% nas consultas médicas e hospitalares devido a acidentes/danos até a idade de dois anos da criança;
- redução de 25% do consumo de cigarro pelas mães durante a gestação;
- diminuição de 48% na incidência de abuso e negligência infantil até a idade de 15 anos;
- diminuição de 69% nas condenações dos jovens aos 15 anos que foram visitados pelas enfermeiras na primeira infância;
- aumento de 83% na participação das mães solteiras e de baixa renda no mercado de trabalho no momento em que seu filho estava com quatro anos de idade.

No delineamento do experimento realizado em Denver (1994), no Colorado, Olds utilizou um grupo controle (que não recebia visitas), um grupo que recebia visitas das enfermeiras e um grupo que recebia visitas de profissionais de nível médio. Os resultados desse estudo, publicados na revista *Pediatrics*, em 2002, revelaram diferenças importantes nas mães e nas crianças visitadas pelas enfermeiras em relação ao grupo controle, dentre as quais destacaram-se: *i*) mães participantes do Programa são mais propensas a entrar para o mercado de trabalho; *ii*) têm menos gestações após o segundo ano de vida do bebê; e *iii*) as crianças visitadas têm melhor desenvolvimento da linguagem e controle do comportamento nas idades de dois e quatro anos. Por outro lado, quando as mães visitadas por profissionais de nível médio foram comparadas com o grupo controle, não houve diferenças significativas. Verificou-se, apenas, que as mães que receberam as visitas interagiram melhor com suas crianças e apresentaram maiores índices de responsividade materna, criaram ambientes domésticos favoráveis à aprendizagem infantil e revelaram um sensível aumento no domínio de situações do cotidiano (OLDS *et al.*, 2002). Outro estudo (KORFMACHER *et al.*, 1999) demonstrou que as famílias do experimento de Denver visitadas por enfermeiras tiveram menor tendência a abandonar o Programa que aquelas visitadas por profissionais de nível médio; as enfermeiras realizaram mais visitas que os profissionais de nível médio; e a rotatividade entre os profissionais de nível médio foi maior do que entre as enfermeiras.

Em 2010, foi publicado estudo longitudinal randomizado sobre o impacto das visitas domiciliares realizadas por enfermeiras durante o pré-natal e os primeiros dois anos do bebê, no curso de vida de adolescentes de 19 anos de idade (ECKENRODE *et al.*, 2010). Tal estudo contou com a participação de 310 jovens das 400 famílias que participaram da intervenção em Elmira, em 1977. O estudo longitudinal demonstrou que as visitas na primeira infância reduziram a proporção de meninas envolvidas no sistema criminal. Para meninas filhas de mães de alto risco (jovens, solteiras e de baixa renda), foram encontrados resultados positivos adicionais. Para os meninos adolescentes, contudo, os resultados do programa foram mais sutis (ECKENRODE *et al.*, 2010).

Há evidências cumulativas de que, pelo menos nas áreas avaliadas, o Programa é mais benéfico para as mães em maior vulnerabilidade, com menos recursos pessoais e sociais, do que para aquelas com mais recursos (KITZMAN, 2010; OLDS, 2006). Segundo Zercher e Spiker (2010), o modelo NFP conta com uma avaliação consistente, realizada por meio de uma série de experimentos aleatórios cuidadosamente elaborados e por amplas pesquisas longitudinais, que não têm precedentes na área do planejamento de serviços sociais. Ainda assim, Olds chama a atenção para o desafio de transportar efetivamente os programas baseados em evidência de um contexto de pesquisa para a prática na comunidade.

A organização *Nurse-Family Partnership* optou por oferecer o modelo para investimento público apenas após ter evidências sobre: *i*) o impacto do Programa mediante dois experimentos randomizados; *ii*) a melhoria de indicadores relevantes para a saúde pública; *iii*) a permanência do impacto ao longo do tempo; *iv*) o retorno econômico; e *v*) a possibilidade de que os elementos essenciais do Programa poderiam ser replicados. Além

disso, um sistema de informação *on-line* foi estabelecido para assegurar a qualidade na implementação do Programa e seu permanente aperfeiçoamento (NFP, 2012e).

2.3. Lições do Programa *Nurse Family Partnership*: o que aprendemos

Inicialmente, cabe destacar que esse modelo intervém em um período extremamente crucial para a formação do ser humano, isto é, durante a gestação e os dois primeiros anos de vida do bebê, etapa em que se constroem as primeiras relações de apego e confiança do bebê com seus principais cuidadores. Estes primeiros mil dias de vida compreendem um período no qual o ambiente social e as experiências *get under the skin* (“ficam sob a pele”) (HERTZMAN e BOYCE, 2010). A qualidade das relações humanas com os genitores, cuidadores, familiares e comunidade tem um impacto bastante significativo e duradouro sobre o desenvolvimento infantil (IRWIN *et al.*, 2007; MASELKO *et al.*, 2011; SCHNEIDER, FRUTUOSO e CATANELI, 2015).

Os pais, sobretudo as mães, são o foco primário da intervenção preventiva e são considerados pessoas em desenvolvimento. Atenção especial é conferida à forma como os adultos progressivamente assumem a maternidade/paternidade, a responsabilidade pela sua saúde e pela autossuficiência financeira. O Programa fortalece o domínio dos pais sobre o ambiente pré-natal, a interação face a face com o bebê no pós-natal, e sua influência sobre o ambiente doméstico. Esse Programa enfatiza, portanto, o desenvolvimento pessoal das mães e pais possivelmente porque o seu comportamento constitui a influência mais poderosa junto ao bebê em desenvolvimento.

A fundamentação teórica do Programa é abrangente e consistente. Seus pressupostos sugerem que a mudança de comportamento é produto do contexto social das famílias assim como das crenças, motivações e desejos dos indivíduos, uma concepção que tem implicações no desenho do Programa.

Há uma clara orientação de que o mesmo profissional, no caso, enfermeira, acompanhe a família ao longo de toda a intervenção, para a manutenção e o fortalecimento do vínculo. O relacionamento proposto pelo visitador é calcado na empatia e na confiança na mãe e nos outros membros da família, com a intenção de que esta experiência vincular possa ajudar a mãe a estabelecer uma relação empática e sensível com o seu bebê e com os outros familiares.

Outros aspectos interessantes são o estímulo à ampliação da rede de apoio social das famílias atendidas e o encaminhamento para outros serviços existentes na comunidade. A visitadora atua como mediadora entre a família e os recursos da comunidade. Assim, o Programa informa e mobiliza para o autocuidado e para a atenção qualificada do bebê, além de estimular o desenvolvimento pessoal e familiar, ajudando os pais a estabelecerem um projeto de vida viável. No livro “Cuidados Maternos e Saúde Mental”, Bowlby (1976/1995), ao discorrer sobre as necessidades básicas do bebê, alerta que toda a comunidade que valoriza suas crianças, protege seus pais. O modelo NFP põe em prática essa acertada recomendação, na medida em que investe no fortalecimento das competências parentais.

A evidência de que o Programa é mais benéfico para mães em maior vulnerabilidade, com menos recursos pessoais e sociais, contribui para a reflexão sobre universalização *versus* focalização de programas preventivos intensivos. A oferta universal de programas dessa natureza pode reduzir o estigma que alguns sentem em participar de serviços destinados a populações em risco. Por outro lado, a focalização permite atender àqueles que mais precisam e que mais se beneficiam da intervenção, contando com mais recursos e, portanto, com mais qualidade.

Retomando os quatro aspectos destacados por Tolani e colaboradores (2006) como relevantes para a qualidade dos programas, a saber, a frequência, os profissionais envolvidos, a duração das intervenções e o

currículo, o modelo Olds traz algumas importantes lições. Inicialmente, a escolha por trabalhar com um perfil de profissional que já traz na sua formação uma preparação para lidar com temáticas e situações relativas aos períodos pré e pós-natal. Em um país como os Estados Unidos onde há populações vulneráveis e não existe um sistema público de saúde que garanta atendimento universal e gratuito, tal como o Sistema Único de Saúde brasileiro, essa escolha é fundamental. Além disso, ao utilizar profissionais de nível superior ao invés de profissionais de nível médio, o Programa investe na qualificação da intervenção, produzindo maior adesão das famílias e das enfermeiras visitadoras e garantindo melhores resultados, como os próprios experimentos atestam. O fato de as enfermeiras serem, preponderantemente, mulheres facilita a identificação da mãe com a profissional, pela questão de gênero e pela possibilidade de a enfermeira, além do conhecimento técnico, ter também vivenciado a experiência da maternidade.

O Programa destina-se a um público-alvo bastante específico e em situação de risco. Segundo o relatório *Starting Points* (Pontos de Partida), os Estados Unidos apresentam a maior taxa de gravidez na adolescência entre os países desenvolvidos. Cerca de um milhão de adolescentes engravidam a cada ano; 80% dessas gravidezes não são intencionais e quase 50% acabam em aborto (CARNEGIE TASK FORCE ON MEETING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN, 1994). Essas mulheres necessitam de uma intervenção de qualidade que as apoiem no cuidado com seus bebês e consigo mesmas.

Em relação à frequência do Programa, há momentos críticos em que as visitas ocorrem semanalmente, como no primeiro mês de intervenção e nas seis primeiras semanas de vida do bebê. Em ambos os momentos, busca-se favorecer a vinculação da gestante, no início do atendimento com a visitadora e, após o parto, com o bebê. O vínculo entre a família e o visitador é um elemento chave para a adesão ao Programa, assim como o vínculo mãe-bebê é crucial para o desenvolvimento e a segurança emocional de ambos, mãe e bebê.

O currículo, de acordo com os documentos revisados (BARNES *et al.*, 2009; OLDS *et al.*, 2003), abrange informações relevantes, tanto para a saúde física da gestante e do bebê, quanto para o seu desenvolvimento emocional e cognitivo, em sintonia com os objetivos e pressupostos teóricos do Programa. Na gestação, o principal objetivo é a prevenção e a identificação precoce de sinais e sintomas de complicações. Além disso, a enfermeira ajuda a mãe a perceber seus objetivos e solucionar problemas que possam interferir na sua escolarização, empregabilidade e planejamento de nova gravidez.

Resumidamente, o NFP traz à tona elementos cruciais de programas bem-sucedidos. Dentre esses, destacamos a oferta de atendimento intensivo para populações em vulnerabilidade, a presença de sólidos pressupostos teóricos para a orientação da prática e do currículo, o emprego de profissionais qualificados com supervisão sistemática, a identificação da população-alvo e o conhecimento sobre o seu perfil epidemiológico, a clara definição dos objetivos e resultados do programa, além da associação entre intervenção e avaliação para mensurar o impacto do programa e orientar possíveis adequações.

O NFP é um feliz exemplo de como a pesquisa e a prática podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas acertadas. O acúmulo da experiência de mais de 30 anos do NFP é também resultado de uma parceria bem-sucedida entre pesquisadores, universidades, organizações sociais, governos e comunidades. Essa iniciativa demonstra que é possível promover o desenvolvimento humano, desde a mais tenra infância, alterando o curso de vida de bebês e famílias em vulnerabilidade, no presente e no futuro, com ciência, método, avaliação e inclusão de parceiros competentes e comprometidos com o desenvolvimento humano e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AINSWORTH, M. D.; BLEHAR, M. C.; WATERS E.; WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale.

ALLEN, S. (2007). Parent's Perceptions of Intervention Practices. *Infants & Young Children*, v. 20, n. 3, p. 266-281.

ANGELES-BAUTISTA, F. (1998). Parents as Care-Givers, Teachers and Learners: Examples from Asia. Em: FACCINI, B.; COMBES, B. (Org.). *Early Childhood Development: Laying the Foundations of Learning*. Paris: UNESCO. p. 22-27. Recuperado em: 16 jul. 2010. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001162/116219eo.pdf>>.

AZZI-LESSING, L. (2011). Home visitation programs: Critical Issues and Future Directions. *Early Childhood Research Quarterly*, v. 26, p. 387-398.

BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v. 84, p. 191-215.

_____. (1992). On rectifying the comparative anatomy of perceived control: comments on "cognates of personal control". *Applied and Preventive Psychology*, v. 1, p. 121-126.

_____. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

BARNES, J. (2003). Interventions addressing infant mental health problems. *Children & Society*, v. 17, p. 386-395.

BARNES, J.; BALL, M.; MEADOWS, P.; BELSKY, J. The FNP Implementation Research Team. (2009). *Nurse-Family Partnership Programme Second Year Pilot Sites Implementation in England: The Infancy Period*. Research Report DCSF-RR166. London: BirkbeckCollege, University of London.

BERNSTEIN, V. (2002). Strengthening Families Through Strengthening Relationships: Supporting the Parent-child Relationship through Home Visiting. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project*, IMPrint, v. 35, Winter 2002-03.

BOWLBY, J. (1969/1990). *Apego e perda: Apego*. São Paulo: Martins Fontes. v. 1.

_____. (1976/1995). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.

BRAZELTON, T.B. (1981/1988). *O Desenvolvimento do Apego: uma família em formação*. Porto Alegre: ArtesMédicas.

BREHERTON, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, v. 28, p. 759-775.

BROOKS-GUNN, J.; MARKMAN, L. B. (2005). The contribution of parenting to ethnic and racial gaps in school readiness. *The Future of Children*, v. 15, n. 1, p. 139-168.

BRONFENBRENNER, U. (1979/1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. Em: MOEN, P.; ELDER, JR., G. H.; LUSCHER, K. (Eds.). *Examining lives in context*. Washington, DC: American Psychological Association. p. 619-647.

CARNEGIE TASK FORCE ON MEETING THE NEEDS OF YOUNG CHILDREN (1994). *Starting Points: Meeting the Needs for Our Youngest Children*. New York: Carnegie Corporation of New York.

COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS [CCP] (2009). The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. *Pediatrics*, v. 123, p. 598-603. Recuperado em: 7 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/2/598>>.

DAVIS, H.; DAY, C.; BIDMEAD, C. (2002). *Working in Partnership with Parents: the Parent Advisor Approach*. London: Harcourt Assessment.

DAVIS, H.; MELTZER, L. (2007). Working with Parents in Partnership. In K. Bevan (ed.). *Working in Partnership through Early Support: Distance Learning Material*. London: DfES Recuperado em: 13 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.cpcs.org.uk/research.php#references>>.

DAVIS, H.; RUSHTON, R. (1991). Counselling and supporting parents of children with developmental delay: a research evaluation. *Journal of Mental Deficiency Research*, v. 35, p. 89-112.

DAVIS, H.; SPURR, P. (1998). Parent counseling: an evaluation of a community child mental health service. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, v. 39, p. 365-376.

DAVIS, H.; SPURR, P.; COX, A.; LYNCH, M. A.; ROENNE, A.; HAHN, K. (1997). A description and evaluation of a community child mental health service. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 2, p. 221-238.

DAWLEY, K.; BEAM, R. (2005). "My Nurse Taught Me How to Have a Healthy Baby and Be a Good Mother:" Nurse Home Visiting with Pregnant Women 1888 to 2005. *Nursing Clinics of North America*, v. 40, p. 803-815.

DONELAN-MCCALL, N.; OLDS, D. (2012). Programas de visita domiciliar nos períodos pré-natal e pós-natal e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (do nascimento aos cinco anos de idade). *Encyclopedia on Early Childhood Development [on-line]*. CEECD, SKC-ECD. Sept. 2012. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/visita-domiciliar/segundo-especialistas/programas-de-visita-domiciliar-nos-periodos-pre-natal-e-pos>>. Acesso em: 8 set. 2015.

DOLEZOL, S.; BUTTERFIELD, P. M. (1994). *How to read your baby*. Denver, CO: Partners in Parenting Education.

ECKENRODE, J.; CAMPA, M.; LUCKEY, D.W.; HENDERSON, C. R.; COLE, R.; KITZMAN, H.; ANSON, E.; SIDORA-ARCOLEO, K.; POWERS, J.; OLDS, D. (2010). Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, v. 164, n. 1, jan. 2010.

EDNA MCCONNELL CLARK FOUNDATION (2010). *Nurse-Family Partnership*. Recuperado em: 9 jun. 2010. Disponível em: <<http://www.emcf.org/portfolio/grantees/nursefamilypartnership/index.htm>>.

ENGLE, P. L.; BLACK, M. M.; BEHRMAN, J. R. *et al.* for the International Child Development Steering Group (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, v. 369, p. 229-242.

ENGLE P. L.; FERNALD, L. C. H.; ALDERMAN, H. *et al.* for the Global Child Development Steering Group (2011). Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60889-1

FRANÇA, E.; SOUZA, J. M.; GUIMARÃES, M. C.; GOULART, E. A.; COLOSIMO, E.; ANTUNES, C. F. (2001). Associação entre fatores socioeconômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública [on-line]*, v. 17, n. 6, p. 1.437-1.447. Recuperado em: 9 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n6/6969.pdf>>.

GOMBY, D. S. (2005). Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. *Invest in Kids Working Paper*, n. 7.

GOMBY, D. S.; CULROSS, P. L.; BEHRMANN, R. E. (1999). Home visiting: Recent program evaluations – analysis and recommendations. *The Future of Children: Home Visiting – Recent Program Evaluations*, v. 9, p. 4-26.

GOODSON, B. D. (2014). Parent support programs and outcomes for children. 3rd rev. ed. *Encyclopedia on Early Childhood Development [on-line]*. CEECD, SKC-ECD. Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.child-encyclopedia.com/parenting-skills/according-experts/parent-support-programs-and-outcomes-children>>. Acesso em: 8 set. 2015.

Haidar, F. H.; OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. C. (2001). Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública [on-line]*, v. 17, n. 4, p. 1.025-1.029. Recuperado em: 9 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>>.

HAYNES-LAWRENCE, D. (2008). Home visitors' perception of teen mothers: Using qualitative research to explore labeling theory. *Children and Youth Services Review*, v. 30, p. 1.386-1.394.

HEAMAN, M.; CHALMERS, K.; WOODGATE, R.; BROWN, J. (2006). Early childhood home visiting programme: factors contributing to success. *Journal of Advanced Nursing*, v. 55, n. 3, p. 291-300.

HERTZMAN, C.; BOYCE, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, v. 31, p. 329-347.

- IRWIN, L.; SIDDIQI, A.; HERTZMAN, C. (2007). *Early child development: a powerful equalizer*. Final report for the World Health Organization's Commission on social determinants of health. Vancouver: University of British Columbia.
- JACK, S. M.; DICENSO, A.; LOHFELD, L. (2005). A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors. *Journal of Advanced Nursing*, v. 49, n. 2, p. 182-190.
- KEARNEY, M. H.; YORK, R.; DEATRICK, J. A. (2000). Effects of home visits to vulnerable young families. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 32, p. 369-376.
- KIRKPATRICK, S.; BARLOW, J.; STEWART-BROWN, S.; DAVIS, H. (2007). Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting. *Child Abuse Review*, v. 16, p. 32-46.
- KITZMAN, H. J. (2010) Programas eficazes de desenvolvimento infantil para famílias de baixa renda: intervenções de visita domiciliar durante a gravidez e a primeira infância. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. V.; BOIVIN, M. (Eds.). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p. 1-7. Recuperado em: 8 set. 2015. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/visita-domiciliar/segundo-especialistas/programas-eficazes-de-desenvolvimento-infantil-para-familias>>.
- KITZMAN, H. J.; COLE, R.; YOOS, H. L.; OLDS, D. (1997). Challenges experienced by home visitors: A qualitative study of program implementation. *Journal of Community Psychology*, v. 25, n. 1, p. 95-109.
- KITZMAN, H. J.; OLDS, D. L.; HENDERSON, C. R.; HANKS, C.; COLE, R. TATELBAUM, R. *et al.* (1997). Effect of prenatal and infant home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, v. 278, p. 644-652.
- KORFMACHER, J. (2007). The Heart of Relationship-Based Care. *Newsletter of the Infant Mental Health Promotion Project. IMPrint*, v. 48, p. 1-7.
- KORFMACHER, J.; GREEN, B.; STAERKEL, F.; PETERSON, C.; COOK, G.; ROGGMAN, L.; FALDOWSKI, R. A.; SCHIFFMAN, R. (2008). Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. *Child Youth Care Forum*, v. 37, p. 171-196.
- KORFMACHER, J.; KITZMAN, H.; OLDS, D. (1998). Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home-visitation program. *Journal of Community Psychology*, v. 26, n. 1, p. 49-64.
- KORFMACHER, J.; O'BRIEN, R.; HIATT, S.; OLDS, D. (1999). Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: A randomized trial. *American Journal of Public Health*, v. 89, p. 1.847-1.851.
- MASELKO, J.; KUBZANSKY, L.; LIPSITT, L.; BUKA, S. L. (2011). Mother's affection at 8 months predicts emotional distress in adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 65, n. 7, p. 621-625.
- MCCAIN, M. N.; MUSTARD, F. J.; SHANKER, S. (2007). *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development.
- MCCAIN, M. N.; MUSTARD, J. F.; MCCUAIG, K. (2011). *Early Years Study 3: Making Decisions, Taking Action*. Toronto, ON: Margaret & Wallace McCain Family Foundation.
- MCGUIGAN, W. M.; KATZEV, A. R.; PRATT, C. C. (2003). Multi-level determinants of retention in a home-visiting child abuse prevention program. *Child Abuse & Neglect*, v. 27, p. 363-380.
- MENEZES, A. B.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; TOMASI, E.; HALPERN, R.; OLIVEIRA, A. B. (1998). Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. *Rev. Saúde Pública [on-line]*, v. 32, n. 3, p. 209-216. Recuperado em: 9 jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p209-216.pdf>>.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- MUSTARD, J. F. (2010). Early brain development and human development. *Encyclopedia on Early Childhood Development [on-line]*. CEECD, SKC-ECD. Feb. 2010. Disponível em: <<http://www.child-encyclopedia.com/importance-early-childhood-development/according-experts/early-brain-development-and-human>>. Acesso em: 8 set. 2015.
- NURSE FAMILY PARTNERSHIP (2012a). *Nurse-Family Partnership National Service Office partners with communities*. Recuperado em: 23 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.nursefamilypartnership.org/communities/national-service-office>>.

_____. (2012b). *Nurse-Family Partnership Snapshot*. Recuperado em: 23 jan. 2012c. Disponível em: <http://www.nursefamilypartnership.org/assets/PDF/Fact-sheets/NFP_Snapshot>.

_____. *Nurse-Family Partnership in other countries*. Recuperado em: 27 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.nursefamilypartnership.org/communities/NFP-Abroad>>.

_____. *Nurse-Family Partnership Model Elements*. Recuperado em: 23 jan. 2012d. Disponível em: <<http://www.nursefamilypartnership.org/communities/model-elements>>.

_____. Evidence-based policy: Using public dollars wisely to support programs that work. Recuperado em: 23 jan. 2012e. Disponível em: <<http://www.nursefamilypartnership.org/public-policy/evidence-based-policy>>.

OLDS, D. Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, v. 3, p. 153-172, 2002.

_____. The Nurse-Family Partnership: An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, v. 27, n. 1, p. 5-25, 2006.

OLDS, D.; ECKENRODE, J.; HENDERSON, C. R. *et al.* Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, v. 278, n. 8, p. 637-643, 1997.

OLDS, D.; HENDERSON, C. R.; COLE, R. *et al.* Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, v. 280, n. 14, p. 1.238-1.244, 1998b.

OLDS, D.; HENDERSON, C.; TATELBAUM, R.; CHAMBERLIN, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, v. 78, p. 65-78.

OLDS, D.; HILL, P.; ROBINSON, J.; SONG, N.; LITTLE, C. Update on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Current Problems in Pediatric*, v. 30, p. 105-148, 2000.

OLDS, D.; HILL, P.; MIHALIC, S. F.; O'BRIEN, R. Prenatal and infancy home visitation by nurses: A program of research. In: ELLIOTT, D. S. (Ed.). *Blueprints for Violence Prevention*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado at Boulder, 1998a.

OLDS, D.; HILL, P. L.; O'BRIEN, R. Taking Preventive Intervention to Scale: The Nurse-Family Partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*, v. 10, p. 278-290, 2003.

OLDS, D.; KITZMAN, H. J. Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *Future of Children*, v. 3, n. 3, p. 52-92, 1993.

OLDS, D.; KITZMAN, H.; COLE, R.; ROBINSON, J.; SIDORA, K.; LUCKEY, D. *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal life-course and child development: Age-six follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*, v. 114, p. 1.550-1.559, 2004.

OLDS, D.; ROBINSON, J.; O'BRIEN, R.; LUCKEY, D. W.; PETTITT, L. M.; HENDERSON, C. R. *et al.* Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, v. 110, n. 3, p. 486-496, 2002.

OLDS, D.; SADLER, L.; KITZMAN, H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 48, n. 3-4, p. 355-391, 2007.

POWEL, D. Reweaving parents into the fabric of early childhood programs. *Young Children*, v. 53, n. 5, p. 60-67, 1998.

RIBAS, A. F.; SEIDL DE MOURA, M. L.; JUNIOR, R. R. Responsividade Materna: Levantamento Bibliográfico e Discussão Conceitual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 1, p. 137-145, 2003.

ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION [RWJF]. *The Story of David Olds and the Nurse Home Visiting Program*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation. Written by Andy Goodman, 2006.

ROGGMAN, L. A.; BOYCE, L. K.; INNOCENTI, M. S. *Developmental Parenting: a guide for early childhood practitioners*. Baltimore: Brookes, 2008.

SCHNEIDER, A.; FRUTUOSO, J.; CATANELI, R. A primeira infância e a atuação do CONASS. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 16, n. 1, p. 6-13, 2015. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_16_1_julho_2015.pdf>.

SHONKOFF, J. P.; PHILLIPS, D. A. *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

SWICK, K. J. What parents really want from family involvement programs. *Day Care and Early Education*, v. 22, n. 3, p. 20-23, 1995.

_____. What Parents Seek in Relations with Early Childhood Family Helpers. *Early Childhood Education Journal*, v. 31, n. 3, p. 217-220, 2004.

SWICK, K. J.; GRAVES, S. *Empowering at-risk families during the early childhood years*. Washington, DC: National Education Association, 1993.

TOLANI, N.; BROOKS-GUNN, J.; KAGAN, S. L. *Running Head: Parenting Education Programs for Poor, Young Children – A Cross-National Exploration*. National Center for Children and Families. Teachers College, Columbia University, 2006.

TREMBLAY, R. E.; GERVAIS, J.; PETITCLERC, A. *Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância*. Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância/Montreal & CONASS/Brasília, 2008. ISBN 978-2-9810863-2-7.

VARGAS-BARÓN, E. *Formative Evaluation of Parenting Programmes in Four Countries of the CEE/CIS Region: Belarus, Bosnia & Herzegovina, Georgia and Kazakhstan*. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States, 2006.

_____. *Going to Scale: Early Childhood Development in Latin America*. Washington, DC: The Rise Institute, 2009.

WAGNER, M.; SPIKER, D.; LINN, M. I. The effectiveness of the Parents as Teachers Program with low-income parents and children. *Topics in Early Childhood Special Education*, v. 22, p. 67-81, 2002.

WAGNER, M.; SPIKER, D.; LINN, M.; GERLACH-DOWNIE, S.; HERNANDEZ, F. Dimensions of parental engagement in home visiting programs: Exploratory study. *Topics in Early Childhood Special Education*, v. 23, n. 4, p. 171-183, 2003.

WATSON, J.; TULLY, L. Prevention and early intervention update – trends in recent research. Ashfield: NSW Department of Community Services, 2008. Disponível em: <http://www.community.nsw.gov.au/docswr/_assets/main/documents/research_earlyintervention.pdf>.

WEISS, H. B. Home visits: Necessary but not sufficient. *The Future of Children: Home Visiting 3* (Winter), p. 113-128, 1993.

ZERCHER, C.; SPIKER, D. Programas de visita domiciliar e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial de crianças pequenas (0-5): Comentários sobre Olds, Kitzman, Zercher e Spiker. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. V.; BOIVIN, M. (Eds.). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p. 1-4. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/visita-domiciliar/segundo-especialistas/programas-de-visita-domiciliar-pre-e-pos-natal-e-seu-impacto>>.

PASTORAL DA CRIANÇA: VIDA PLENA PARA TODAS AS CRIANÇAS

Clovis Bouffleur

Gestor de Relações Institucionais da Pastoral da Criança

Na mesma medida em que a Pastoral da Criança na década de 80 e 90 colaborou para a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atualmente luta, junto a outras organizações, pela aprovação do Projeto de Lei que define o Marco Legal da Primeira Infância. O projeto prevê uma atenção especial à primeira infância, que vai dos 0 aos 6 anos de idade. Presente na Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), que apoia o projeto, a Pastoral da Criança reconhece a necessidade de atenção especial nesta fase da vida. Estudos mostram que os primeiros seis anos são fundamentais para um desenvolvimento saudável, tanto das estruturas física e psíquica, quanto das habilidades sociais e da espiritualidade das crianças.

Os desafios atuais estão voltados para a promoção do desenvolvimento integral da criança, com iniciativas que despertem o interesse pelo brincar e pelas atividades de lazer na família e nas comunidades; educação nutricional para prevenir a obesidade infantil; os cuidados nos primeiros 1000 dias de vida da criança; e a diminuição da violência.

Uma das lacunas do ECA é a primeira infância. Felizmente, o Marco Legal da Primeira Infância traz propostas mais claras de políticas públicas, voltadas para construir bases de uma sociedade mais justa e fraterna. Precisamos colocar em prática esta legislação imediatamente.

1. ABRANGÊNCIA DA PASTORAL DA CRIANÇA

Garantir o desenvolvimento integral das crianças, desde o ventre materno, é uma meta central da Pastoral da Criança. O trabalho é realizado com a dedicação dos mais de 222 mil voluntários. Desde o seu nascimento, em 1983, em Florestópolis, norte do Paraná, por meio da coragem da fundadora Dra. Zilda Arns Neumann, a Pastoral da Criança, Organismo de Ação Social da CNBB, tem como foco de sua missão as famílias mais vulneráveis. Leva até as gestantes e crianças menores de 6 anos ações de saúde, educação e cidadania, de modo simples e com baixo custo financeiro. Estas ações, complementadas por políticas públicas e oportunidades para o desenvolvimento integral da criança, salvam milhares de vidas.

O acesso a serviços públicos, alfabetização das mães, aumento da renda e a participação social estão entre os fatores que mais diminuem a mortalidade de crianças. A maior influência destes fatores é na diminuição das mortes entre as crianças de 1 a 5 anos. Para haver menos mortes de crianças menores de um ano é preciso adicionar a estes fatores qualidade no pré-natal, parto e pós parto, amamentação, combater as doenças infecciosas e chegar até as crianças mais pobres.

O Relatório Anual das Atividades da Pastoral da Criança registra os resultados mais relevantes do trabalho realizado em todos os estados do Brasil. Está disponível para consulta no endereço <https://wiki.pastoraldacrianca.org.br/RelatorioAnual>. Ao descrever a situação em números é preciso lembrar sempre que cada criança é única, tem nome, família, necessidades e história. Os dados estatísticos só fazem sentido se forem úteis para assumirmos compromissos, promover mudanças. Os números jamais devem esconder o valor da vida de cada criança. A sociedade civil deve estar cada vez mais articulada e atenta às ações governamentais para participar da construção de políticas públicas de qualidade para as crianças. Além disso, exigir que os recursos sejam previstos no orçamento e bem aplicados nestas políticas.

Abrangência da Pastoral da Criança, Brasil, 2014	
Indicadores	2014
Nº famílias cadastradas	1.117.384
Nº gestantes cadastradas	81.117
Nº crianças de 0 a < 6 anos cadastradas	1.357.061
Gestantes por Líder (razão)	1
Crianças por líder (razão)	11
% de gestantes visitadas pelo líder	95,9
% de gestantes com vacina em dia	90,1
% de gestantes que foram ao Pré-Natal	93,9
% gestantes não atendidas pelo Serviço de Saúde	0,5
% Gestantes com altura uterina medida	84
% gestante com curva uterina < P10	3,5
% gestantes com a curva uterina > P90	3,8
Média mensal de nascimentos	12.172
% Crianças nascidas com baixo peso	5,3
% de crianças visitadas de 0 a 6 anos	93,3
% de crianças <1 ano visitadas no mês	96,2
% Crianças de 6 meses mamam só no peito	70,3
% Crianças com diarreia neste mês	5,6
% Crianças com diarreia que tomaram soro	93,5
% Crianças levadas ao Serviço de Saúde	30,3
% crianças NÃO atendidas pelo Serviço de Saúde	0,8
% Crianças com vacina completa para idade	92,6
% Crianças acompanhadas em Indicadores de Oportunidade e Conquistas (IOCs).	92,7
%Crianças em situação desfavorável - IOCs	1
% Crianças alcançaram todos os IOCs	76,1
% Crianças pesadas ao mês	78,7
% Crianças que aumentaram de peso	69,4
% Crianças desnutridas (< 2dp)	1,8
% Crianças com sobrepeso ou obesidade (>+2dp)	1,6
Média mensal de Mortes de menores de 1 ano	88,3
Mortalidade por mil nascidos	7,3
Mortalidade <1 ano por mil acompanhados	4,6
Média mensal de Mortes - 1 a < 6 anos	38,2
Mortalidade de 1a < 6 anos por mil (acompanhamento 60 meses)	2
% Comunidade possui Brinquedista	23,3
Nº Municípios com Pastoral da Criança	4.034
Nº Comunidades	41.211
Nº Ramos	7.453

Nº Setores	299
Nº Líderes atuantes (média mensal)	122.517
Média mensal Pessoas de Apoio na Comunidade	100.200
Total de Voluntários - nível comunitário	222.701
Fonte: Sistema de Informação da Pastoral da Criança. Relatório Extrato de Indicadores, Abrangência por níveis Brasil, Ano 2014.	

A Pastoral da Criança, por meio dos líderes e apoio de todos os seus parceiros, contribui para que a morbimortalidade infantil seja reduzida em todas as regiões do Brasil. O trabalho tem seu foco na organização da comunidade e capacitação dos líderes voluntários que ali vivem e assumem a tarefa de orientar e acompanhar entre 10 e 15 crianças vizinhas, em ações básicas de saúde, nutrição, educação e cidadania, para que elas se tornem sujeitos de sua própria transformação pessoal e social.

Outros resultados que merecem destaque são a educação para uma cultura de paz, a redução da violência e da marginalidade, a indicação de oportunidades para a alfabetização de jovens e adultos e orientação sobre recursos da comunidade para que as famílias tenham acesso à renda. A comunicação social permeia as ações da Pastoral da Criança. Os dados disponibilizados pelo sistema de informação geram reflexões para atuação no seio das comunidades.

As iniciativas da Pastoral da Criança previnem, na família, o abandono das crianças, que pode levar à busca da sobrevivência nas ruas, e gera uma cultura que cuida do ser humano, do meio ambiente, da vida em sua plenitude para a construção da sociedade justa e fraterna. Esta construção coletiva das pessoas e da sociedade depende das ações integradas com todos os segmentos sociais, com a responsável atuação do poder público e sua função constitucional de garantir os direitos de todos os cidadãos.

A Pastoral da Criança está comprometida com ações de saúde de fácil compreensão e capazes de serem realizadas em larga escala por pessoas com baixa escolaridade. A capacitação inicial de todas as pessoas que vão atuar na Pastoral da Criança é de 52 horas e 30 minutos e o livro de referência é o Guia do Líder. Esta capacitação é a base para o trabalho do líder voluntário e porta de entrada para as outras capacitações, que têm um tempo menor e variam de 8 a 20 horas, em média.

Todos os materiais educativos da Pastoral da Criança chegam às mãos dos voluntários acompanhados de capacitação. As estratégias para o envolvimento do voluntário estão fundamentadas na realidade de vida das pessoas. Dentre as condições para o exercício do trabalho voluntário, estão materiais educativos apropriados e simples, valorização das habilidades e conhecimento das pessoas, promoção das atividades o mais próximo de casa, avaliação dos resultados e celebração das conquistas.

2. REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL

A Pastoral da Criança tem compromisso, desde a sua fundação, com a redução da mortalidade infantil e a melhora da saúde materna, e obteve resultados muito expressivos em três décadas de existência.

Graças às ações descentralizadas de saúde realizadas pelo SUS e a participação de entidades como a Pastoral da Criança, evoluímos no combate à Mortalidade Infantil. Dados recentes da OMS mostram que o Brasil reduziu em 73% na média geral a mortalidade de menores de 5 anos. Isso significa que o número de 219 mil mortes anuais do país passou a ser de 52 mil mortes anuais de menores de 5 anos. São cerca de 170 mil mortes a menos. Por outro lado, a média esconde os locais onde estão as nossas desigualdades. Estes são dados do Relatório Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015, divulgado pelo Unicef, Organização

Mundial de Saúde (OMS), Banco Mundial e o Departamento da ONU para Questões Econômicas e Sociais (UN DESA).

No Brasil, segundo o Relatório da OMS 2015, mais de mil municípios registraram taxa de mortalidade infantil de até cinco óbitos para cada mil crianças nascidas vivas em 2013, enquanto em 32 cidades a taxa superava 80 óbitos para cada mil nascidas vivas.

Crianças indígenas que vivem no Brasil têm duas vezes mais chance de morrer antes de completar o primeiro ano de vida que as demais. Segundo o relatório, esse tipo de exemplo demonstra que, mesmo em países com níveis relativamente baixos de mortalidade infantil, são necessários maiores esforços para reduzir as disparidades entre diferentes grupos sociais.

O relatório destaca os progressos mundiais, mas que o grande desafio continua sendo o período do nascimento. Em torno de 45% das mortes infantis no mundo ocorre no período neonatal, que compreende aos 28 primeiros dias de vida. Prematuridade, pneumonia, complicações durante o trabalho de parto, diarreia, sepse e malária são as principais causas de morte de crianças menores de cinco anos. Cerca de metade são associadas à desnutrição.

O trabalho da Pastoral da Criança nas áreas de maior pobreza contribuiu significativamente para a redução da mortalidade infantil, assim como as ações de atenção básica do sistema de saúde público, em especial a descentralização do SUS. Em 2014, a taxa de mortalidade de crianças menores de 1 ano acompanhadas pela Pastoral da Criança foi de 7,6 em cada mil nascidos vivos. Por meio da formação de articuladores de políticas públicas na área de saúde, a Pastoral da Criança atua junto aos Conselhos de Saúde, com estudos sobre a mortalidade infantil para evitar que outras mortes por causas semelhantes venham a acontecer. Promove a participação da família e da comunidade para aumentar o comprometimento local em melhorar a qualidade de vida das crianças e das famílias, por meio do controle social.

3. TODA GESTAÇÃO DURA 1000 DIAS

Há desafios atuais que juntos podemos enfrentar. Um deles é dar atenção especial aos primeiros mil dias de vida da criança, que inclui a gestação e os dois primeiros anos. Outro desafio é fortalecer o direito da Criança de brincar e se desenvolver, ter autonomia para participar da construção de uma sociedade capaz de enfrentar os diversos tipos de violência e construir a paz.

O primeiro a destacar a importância destes 1000 dias foi o Dr. David Barker, que percebeu que crianças nascidas durante a 1ª Guerra Mundial, cujas mães tiveram uma gestação ameaçada sob os efeitos de uma guerra – alimentação inadequada, estresse diário, entre outros problemas –, nasciam com baixo peso e ao longo da vida desenvolviam doenças relacionadas às condições deste período de gravidez e primeiros anos da criança¹. Ao longo dos anos, com novas pesquisas e comprovação da importância dessa consciência sobre os 1000 dias, a Pastoral da Criança passou a adotar o conceito entre as crianças e gestantes acompanhadas. Por isso, os líderes comunitários realizam o Mutirão em Busca das Gestantes, a cada três meses, em todas as comunidades.

1 <http://www.pastoraldacrianca.org.br/1000dias/3619-vidas-dedicadas-aos-1000-dias>

Ciente de sua missão “para que todas as crianças tenham vida”, e compreendendo que essa iniciativa deve chegar a todas as famílias, a Pastoral da Criança lançou a campanha “Toda gestação dura 1000 dias”², com produção de um filme disponível *on line*, aplicativo para *smartphone* e vários programas abordando o assunto. A intenção é que os 1000 dias sejam uma realidade em todos os lares brasileiros, para que todas as crianças possam ter um desenvolvimento saudável e possam vislumbrar um futuro da mesma maneira.

4. AÇÕES DA PASTORAL DA CRIANÇA

- a. Combate às infecções perinatais: o grande desafio para continuar avançando na redução da mortalidade infantil é combater as infecções perinatais, principal causa da mortalidade no Brasil. Os primeiros 28 dias de vida da criança, mais precisamente a primeira semana de vida, são os mais críticos. Nesse período aconteceram cerca de 27% das mortes de crianças menores de 1 ano na Pastoral da Criança, nos últimos anos.
- b. Combate às infecções respiratórias agudas: a segunda maior causa de morte entre as crianças acompanhadas pela Pastoral da Criança são as infecções respiratórias agudas, responsáveis por cerca de 8% das mortes. Além das ações na comunidade, a Pastoral da Criança promove o acesso à primeira dose imediata do antibiótico nas unidades básicas de saúde.
- c. Apoio ao diagnóstico precoce nos municípios com maior incidência de Hanseníase: em suas ações complementares, a Pastoral da Criança promove atividades que visam à eliminação desta doença. Para isto, desenvolve capacitações de voluntários nos municípios prioritários e faz o acompanhamento por meio do sistema de informação.
- d. Combate à anemia, à desnutrição e à obesidade das crianças: educação e incentivo para o uso de alimentação enriquecida e variada, regional, de baixo custo e bom paladar; a atenção com a higiene pessoal e ambiental, promoção do acompanhamento nutricional e incentivo à construção de hortas domiciliares.
- e. Participação na redução da mortalidade materna: a Pastoral da Criança contribui para o acesso à informação e aos serviços de saúde de qualidade, especialmente durante o pré-natal, o parto e os dias logo após o nascimento. Os voluntários da Pastoral da Criança dão apoio integral às gestantes, orientam e supervisionam a condição nutricional das futuras mães, e valorizam a vida desde a concepção. Os voluntários as encaminham para as consultas de pré-natal e as preparam para o aleitamento materno.
- f. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses.
- g. Incentivo à reidratação oral e encaminhamento precoce ao serviço de saúde.
- h. Identificação precoce de sinais e sintomas das doenças mais comuns na infância.
- i. Estímulo à vacinação de rotina das gestantes e crianças, conforme as normas do Ministério da Saúde.
- j. Fomento à participação nas Conferências e Conselhos de Saúde. A saúde depende de cuidados pessoais, da ajuda dos outros e do esforço coletivo. As Conferências e Conselhos de Saúde são espaços públicos que permitem avanços para o SUS. A Constituição Federal garante a presença da

2 <http://www.pastoraldacrianca.org.br/1000dias/3594-toda-gestacao-dura-1000-dias>

comunidade nas reuniões dos conselhos, como conselheiro de saúde ou como ouvinte ou colaborador. Isto significa que participar do Conselho de Saúde é um direito e um dever.

- k. Contribuição com as ações de atenção nos primeiros 1000 dias de vida. Este período pode afetar nossa saúde para sempre. Há 20 anos, o Dr. David Barker mostrou pela primeira vez que pessoas que nasceram com baixo peso tinham maior risco de desenvolver doenças cardíacas coronarianas. Em 1995, o BMJ (*British Medical Journal*) chamou isso da Hipótese de Barker. Estamos acostumados a pensar nas doenças crônicas como se fossem doenças infecciosas, cada qual com um agente patogênico. Devemos pensar nas doenças crônicas sob um novo paradigma: muitas delas têm sua origem nos primeiros 1000 dias de vida, 270 dias de gestação, e 2 x 365 dias após o nascimento.
- l. Prevenção da violência dentro de casa. A violência dentro de casa se transformou em problema de saúde. A partir dos 4 anos de idade, os acidentes e a violência são as principais causas de mortes das crianças e jovens. No mundo inteiro, a violência contra crianças e adolescentes é cada vez mais conhecida e divulgada. Muitas vezes, ela é praticada pelos próprios pais ou responsáveis. Acontece nas famílias pobres e ricas. As principais causas da violência são: o abuso do poder do mais forte contra o mais fraco, a reprodução da violência, ou seja, pais que quando crianças também foram maltratados, e a situação da família, como desemprego, álcool, drogas, falta de dinheiro.

5. MELHORIAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Uma das maneiras de a Pastoral da Criança participar da construção de políticas públicas se dá por meio da atuação dos Articuladores junto aos serviços e Conselhos de Saúde. Esta atuação reflete a capacidade de dialogar com os conselheiros e gestores da saúde, prevenir a mortalidade infantil e fortalecer as ações intersetoriais com a participação da comunidade nas instâncias de controle social das políticas públicas.

A Folha de Acompanhamento do Conselho de Saúde (FAC-Saúde) tem como indicadores a frequência de reuniões do Conselho de Saúde, a mortalidade infantil do município e a oferta da primeira dose de antibiótico para criança na Unidade Básica de Saúde (UBS). O programa conta com capacitadores em cada estado do país. Os Articuladores dos municípios são capacitados por meio de oficinas de 16 horas. Em 2014, 1.143 Articuladores preencheram a FAC-Saúde. A média mensal de mortes de crianças menores de um ano foi 119, em 900 municípios. Deste total, 32% das crianças eram acompanhadas pela Pastoral da Criança. Destaca-se que 59% das crianças que morreram foram atendidas pelo menos uma vez nos Serviços de Saúde. Das que foram atendidas, 89% passaram por hospitais de referência e maternidades. Somente 25% das mortes foram debatidas posteriormente no Conselho Municipal de Saúde.

O resultado da coleta de informações nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) mostra que 65% das 1.676 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tinham antibiótico em estoque no dia da visita, mas 41% dão a primeira dose do antibiótico para a criança na própria UBS, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde. Em muitos municípios, depois da consulta, a mãe precisou buscar os medicamentos receitados em uma Unidade Central, desperdiçando horas de tratamento que podem significar um internamento hospitalar evitável e, o que é pior, a morte da criança. Alguns municípios centralizam a distribuição de medicamentos, porque não conseguem ter farmacêuticos nos postos de saúde (Dados do Sistema de Informações da Pastoral da Criança em 17/08/2015).

6. PRIMEIRA DOSE DO ANTIBIÓTICO LOGO APÓS A CONSULTA

A campanha para ampliar o acesso à primeira dose do antibiótico logo após a consulta no serviço de saúde começou em 2011. Na época foi divulgado que, segundo dados de 2009, do Ministério da Saúde, no Brasil, do total de 43.638 mortes de crianças menores de 1 ano, 3,5% (1.567) foram por Pneumonia, e do total de 7.488 mortes de crianças entre 1 e 4 anos, 10,5% (786) foram por Pneumonia. Percentualmente, a morte por Pneumonia é maior na faixa etária de 1 a 4 anos, mas em números absolutos morre o dobro de crianças menores de um ano. A Pneumonia foi a causa de 354.292 internamentos de crianças nestas duas faixas etárias no ano de 2009 (MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, situação da base de dados nacional em 14/12/2009). Segundo dados de 2013, do Ministério da Saúde, do total de 38.966 mortes de crianças menores de um ano, 1.459 foram por pneumonia (3,7%). Na faixa etária de 1 a 4 anos, foram 697 mortes por pneumonia, de um total de 6.337 mortes (10,9%). Proporcionalmente não houve mudança entre os dados de 2009 e 2013.

Em 2014, 90.139 crianças menores de 1 ano foram internadas no Sistema Único de Saúde por pneumonia. Na faixa etária de 1 a 4 anos foram mais 127.061 internamentos, o que resulta em um total de 217.200 internações. Isso significa uma diminuição de 39% no índice de internamentos por pneumonia entre 2009 e 2014. Iniciativas como o acesso ao antibiótico podem contribuir para manter os avanços na diminuição de internamentos no país.

7. CRIANÇA É NOSSA PRIORIDADE

Há 32 anos, a Pastoral da Criança contribui para que a infância seja destinatária de ação prioritária das tradições religiosas, da família e do Estado. Ela colabora para valorizar a vida e combater a mortalidade infantil, promove ações de desenvolvimento da criança e acompanhamento nutricional para prevenção da obesidade infantil, orienta sobre os cuidados nos primeiros mil dias (período da gestação mais os dois primeiros anos de vida) da criança, e agrega as novas tecnologias ao processo de informação e comunicação para dar mais agilidade às ações dos voluntários nas comunidades.

Ao completar três décadas, a Pastoral da Criança busca a inovação das suas ações, e intensifica o cuidado com a gestante e a criança. Aperfeiçoa suas ações junto aos líderes comunitários e também o acompanhamento nas regiões do país, direciona seu olhar para os que mais necessitam de atenção, com a implantação de uma classificação que permite que cada região tenha uma ação voltada para as suas maiores dificuldades.

No final de 2014, a Pastoral da Criança inaugurou em Curitiba, em sua sede nacional, o Museu da Vida. Um espaço cultural, interativo, de encontros e de produção de saberes. O Museu conta com ambientes de aprendizagem e acervo relacionados à promoção da saúde, da nutrição, da educação e da cidadania. Este é mais um passo para possibilitar à sociedade acesso ao conhecimento acumulado pela Pastoral da Criança ao longo de sua história.

O Museu da Vida dispõe de um espaço que preserva a memória da missão da Dra. Zilda Arns Neumann. Foram organizados objetos que descrevem a história da médica desde sua infância, em Forquilha (SC). A escolha vocacional, seu trabalho como pediatra e sanitária e a fundação da Pastoral da Criança. O espaço traz ainda objetos pessoais, premiações, homenagens, informações sobre sua última viagem ao Haiti, em 2010, além de contar com o escritório no qual Dra. Zilda trabalhava, reconstituído conforme estava antes da viagem ao Haiti, local de sua morte em janeiro de 2010.

As ideias geradoras da Pastoral da Criança nos inspiram para saber que nem sempre é possível preparar um futuro para as crianças, mas sempre é possível preparar as crianças para o futuro. Porque em cada adulto vive a criança que ele já foi, e em cada criança cresce o adulto que ela será. [Colocar destacado - tipo Box]

Toda criança tem direito à vida e precisa de amor, atenção e cuidado dos pais e familiares. Condições para o desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. Oportunidade para uma crença. Tempo para descansar e brincar livremente. Cultura e arte.

Podemos levar vida em abundância para as crianças e suas famílias e somos todos convidados a repetir diariamente: “EU ME COMPROMETO COM A VIDA PLENA PARA TODAS AS CRIANÇAS”.

8. REZAR E AGIR PELA CRIANÇA

Durante o 3º Fórum Global da Rede Global de Religiões pela Infância (GNRC), realizado em Hiroshima no Japão, em maio de 2008, foi instituído o *Dia Mundial de Oração e Ação pela Criança*, em todas as partes do mundo: 20 de novembro. A proposta é realizar neste dia orações e ações para proteção dos direitos e a promoção do bem-estar das crianças. Esta é uma iniciativa inter-religiosa que conta com o apoio da Pastoral da Criança para construir um mundo com menos desigualdades no qual a criança possa desfrutar do seu maior direito: a vida.

Esta ação é uma oportunidade para definir estratégias de como superar os desafios que envolvem as crianças em situação de vulnerabilidade. Portanto, junto com as atividades recreativas e culturais para as crianças, o Dia de Oração e Ação congrega as tradições religiosas para conhecer o que foi desenvolvido, aprender uns dos outros e definir estratégias ou uma agenda comum durante o ano. A Rede Global de Religiões pela Criança promove outras duas ações voltadas para o bem-estar da infância: oficinas de educação ética “Aprender a viver juntos” e o Dia Internacional de Erradicação da Pobreza (17 de outubro).

No Brasil, 20 de novembro também é o Dia da Consciência Negra. E o dia 21 foi instituído pela Lei nº 12.685, de 18 de julho de 2012, como o Dia Nacional do Compromisso com a Criança, o Adolescente e a Educação.

Já é de conhecimento que o Dia Mundial de Oração e Ação pela Criança é data oficial instituída por Lei Municipal em Curitiba (PR), Conceição do Araguaia (PA) e Pitangui (MG).

As iniciativas das tradições religiosas utilizam como referência o cumprimento de direitos da criança descritos nos princípios da Declaração dos Direitos da Criança proclamada em 20 de Novembro de 1959. Como um dos produtos desta iniciativa, foi elaborada a Oração pela Criança, que é utilizada nas comunidades do Brasil e de outros países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

PASTORAL DA CRIANÇA. *Guia do líder da Pastoral da Criança*: para países de língua portuguesa. Pastoral da Criança. 15.ed. Curitiba, 2015, 312 p.

BARKER D.J.P., *Fetal and infant origins of adult disease*. London: BMJ Books, 1992.

PANETH N, SUSSER M. *Early origin of coronary heart disease: the ‘Barker hypothesis’*. BMJ; 310:411–12, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM*, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>

UNICEF. *Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, The United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2015.*

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA PASTORAL DA CRIANÇA, *Relatório Extrato de Indicadores: Abrangência por níveis Brasil, Ano 2014.* Disponível em: <http://www.pastoraldacrianca.org.br>.

FORTALECENDO COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA O CUIDADO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: PROJETO NOSSAS CRIANÇAS – JANELAS DE OPORTUNIDADES

Anna Maria Chiesa

*Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP
Pós-Doutoramento no Kings College of London
Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP*

1. A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA TECNOLOGIA PARA O CUIDADO

A implantação em larga escala da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de São Paulo, em 2001, se configurou como um processo de reorganização da atenção básica, na perspectiva de re-colocar o município nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos principais desafios colocados para essa meta dizia respeito ao questionamento sobre o alcance da ESF em grandes cidades, na medida em que representava tanto a expansão da rede como, em alguns locais, a substituição do modelo de atenção. Portanto, houve a necessidade precípua desde o início de buscar a instrumentalização dos profissionais para responder ao desafio colocado (ALVES SOBRINHO, CHIESA e SOUSA, 2002).

Uma das possibilidades da ESF é realizar ações de saúde, tanto curativas como preventivas, além dos muros das unidades de saúde, através de um maior envolvimento das equipes com a população atendida. Consequentemente, esse contato mais próximo possibilita ampliar o objeto de atuação da área da saúde para além da dimensão biológica, incluindo as dimensões sociais e humanas relacionadas à saúde (CHIESA, 2000; 2003).

Outro aspecto que merece ser destacado é a oportunidade de realizar ações para fortalecer os potenciais de saúde da população, evidenciando a necessidade de desenvolver novas tecnologias de atenção apropriadas para a dimensão da Promoção da Saúde (CHIESA e BATISTA, 2004). Dessa forma, a ESF configura-se como produtora e ao mesmo tempo capturadora de demandas por novas tecnologias em saúde.

O tema das tecnologias comumente remete à ideia de recursos materiais, como equipamentos, aparelhos e instrumentos sofisticados. No entanto, esse arsenal é somente produto do saber acumulado num dado momento histórico e serve a uma determinada lógica de organização das práticas. O que se coloca para a discussão sobre novas tecnologias em saúde, portanto, é um movimento de valorização do sujeito profissional e subordinação do instrumental à finalidade do trabalho delineada por ele. As características do trabalho em saúde permitem que os profissionais preservem um grau de autonomia no cotidiano dos serviços que se expressam na definição de prioridades e são decorrentes dos arranjos institucionais, via de regra, representando brechas para a atuação transformadora.

Os desafios das novas tecnologias em saúde passam pela identificação e apreensão dos trabalhadores desse novo objeto de trabalho, deslocando-o da doença para a vida, para as necessidades dos indivíduos, grupos e coletividade. Implica a ressignificação da contribuição da sabedoria, da atitude, dos compromissos e da responsabilidade do profissional como tecnologias necessárias para a construção de práticas transformadoras na superação do modelo biomédico. Sobretudo na atenção básica, o diferencial de resolubilidade está centrado na continuidade da atenção, na diversidade de ações sobre as dimensões sociais e subjetivas relacionadas aos problemas e no vínculo estabelecido entre a população e os profissionais.

Durante a implantação da ESF no Município de São Paulo, foi constituída uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Associação Comunitária Monte Azul, a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), buscando experiências e aportes teóricos para desenvolver uma tecnologia de cuidado voltada para o trabalho da Equipe de Saúde da Família. O principal objetivo era aproveitar a nova constituição do trabalho em equipe e a maior possibilidade de contato com as famílias, visando instrumentalizá-las para fortalecer as práticas de cuidado promotor do desenvolvimento integral infantil.

Após um processo de construção coletiva, que também reuniu representantes dos Distritos de Saúde de maior vulnerabilidade para a sobrevivência infantil, foi elaborado o Projeto Nossas Crianças – Janelas de Oportunidades (I OFICINA, 2002).

O referido projeto configurou-se como um piloto de intervenção para a incorporação da inovação tecnológica no campo da educação e da promoção em saúde, mediante atuação das equipes da ESF. Para tanto, foram desenhados instrumentos (*Ficha de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para a promoção da saúde infantil; Manual da Equipe e Cartilha da Família “Toda Hora é Hora de Cuidar”*) revistos e atualizados em 2013. No processo de revisão e atualização passaram a ser “Caderno da Equipe e Caderno da Família: “Toda Hora é Hora de Cuidar”” (disponíveis em: <<http://www.ee.usp.br/site/index.php/p%C3%A1ginas/mostrar/493/925/85>>).

1.1. Estrutura e Finalidade do Caderno da Família e do Caderno da Equipe

O Projeto Janelas prevê que cada equipe de saúde da família entregue o Caderno “Toda Hora é Hora de Cuidar” a cada mulher de sua área de abrangência, no início da gestação. Para isso, a equipe de saúde deve participar de um processo de formação de cerca de 24 horas, em que o Caderno da Equipe é o principal subsídio teórico, e conta com roteiros de reflexão e com exercícios.

A proposta é que a equipe se coloque próxima da gestante desde o início da descoberta da gestação, assumindo atitudes de escuta e diálogo, juntamente com os procedimentos protocolados do Pré-Natal. O principal foco do Caderno da Família é:

PERÍODO DA GESTAÇÃO

A – RECONHECIMENTO E USO DA REDE SOCIAL DE APOIO (RSA)

- Práticas ampliadas no Pré-Natal (PN) – Existe estímulo por parte da ESF à participação do pai/acompanhante no PN e parto?
- Gestante percebe ajuda da família?

B – AMBIENTE INTRAUTERINO ADEQUADO

- A gestante evita automedicação, fumo, consumo de álcool e outras drogas?
- A gestante conhece os sinais de risco para a gestação de cada trimestre gestacional?

Outra oportunidade que a tecnologia do Projeto Janelas aproveita é a Visita Domiciliar da Enfermeira da equipe na primeira semana de vida do bebê. Nesta, além dos aspectos biológicos que devem ser observados, o Caderno aborda as seguintes dimensões:

C – APOIO DA FAMÍLIA E RSA NO PUERPÉRIO

- A mãe amamenta o bebê exclusivamente com Leite Materno (LM)?
- A mãe reconhece quem acionar da sua RSA se tiver tristeza?

D – SINAIS DE PERIGO PARA SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ

- A mãe conhece os riscos para sua saúde no puerpério?
- A mãe conhece os riscos para a saúde do bebê?

O acompanhamento da saúde do bebê também será seguido pela mesma equipe na ESF, portanto o Projeto Janelas estruturou questões para serem trabalhadas de forma longitudinal com as famílias, abrangendo as competências familiares a partir de seis dimensões: Amor & Segurança, Brincadeira & Vínculo, Alimentação, Higiene, Saúde e Prevenção de Acidentes.

Essas competências são abordadas de forma a ampliar o diálogo com as famílias, valorizando as boas práticas presentes e orientando a incorporação de outras necessárias em função da idade da criança, conforme a descrição a seguir:

PRIMEIRA SEMANA A 1 ANO DE IDADE

E – CONSTRUÇÃO DA ROTINA (AMOR E SEGURANÇA)

- A mãe/família demonstra afeto pelo bebê no cuidado diário? Como?
- A rotina de cuidados é centrada nas necessidades da criança? Dê um exemplo das 24 horas.
- A mãe/família evita que a criança presencie cenas/situações de violência agressividade e brigas? Por quê?
- A família reconhece e usa o apoio da Rede Social e Família? A quem costuma ajuda?

F – BRINCADEIRA E VÍNCULO

- O bebê fica em diferentes locais e posições? Quais?
- Quais são os tipos de brinquedos que a mãe/família costuma dar para o bebê brincar?
- A mãe/família costuma pegar o bebê no colo quando não está chorando? Como demonstra amor e atenção?
- A mãe conhece e usa a Caderneta de Saúde da Criança para acompanhar o Desenvolvimento Infantil (DI)?
- A família costuma dedicar quanto tempo para brincar e contar histórias para a criança?

G – ALIMENTAÇÃO

- Como é a hora da alimentação?
- Como é na hora da mamada?

H – HIGIENE

- Como organiza a troca de fraldas e banho?

I – SAÚDE

- A mãe/família sabe quando deve levar o bebê ao serviço de saúde? Quando e por quê?

J – PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- Onde o bebê dorme? Você acha que é um ambiente seguro? Por quê?
- E quando está acordado, onde o bebê costuma ficar?

DE 2 A 3 ANOS DE IDADE

– AMOR E SEGURANÇA

- A mãe/família demonstra afeto pelo bebê no cuidado diário? Como?
- A rotina de cuidados é centrada nas necessidades da criança? Dê um exemplo das 24 horas.
- A mãe/família evita que a criança presencie cenas/situações de violência agressividade e brigas? Por quê?
- A família reconhece e usa o apoio da Rede Social e Família? A quem costuma pedir ajuda?
- Como a família costuma colocar limites para a criança? Dê um exemplo.
- A família costuma criar oportunidades para a criança brincar com outras crianças?
- A família costuma criar oportunidades para a criança participar das atividades da vida cotidiana da família? Como?

– BRINCADEIRA E VÍNCULO

- Quais são os tipos de brinquedos que a mãe/família costuma dar para o bebê brincar?
- A mãe/família costuma pegar o bebê no colo quando não está chorando? Como demonstra amor e atenção?
- A mãe conhece e usa a Caderneta de Saúde da Criança para acompanhar o Desenvolvimento Infantil (DI)?
- A família costuma dedicar quanto tempo para brincar e contar histórias para a criança?
- A família conta com livros e revistas para a criança brincar?
- A criança costuma frequentar outros ambientes fora de casa? Quais?

– ALIMENTAÇÃO

- Como é a alimentação da criança em um dia comum?
- A família ensina a criança a se alimentar sozinha?
- Como costuma ser o ambiente na hora da refeição da criança?

– HIGIENE

- A família incentiva que a criança aprenda a se lavar, pentear o cabelo e escovar os dentes sozinha? Como faz isso?
- Como está se dando o processo para a criança deixar de usar a fralda? Alguém já orientou a família?

– SAÚDE

- A mãe/família sabe quando deve levar o bebê ao serviço de saúde? Quando e por quê?

J – PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- E quando está acordada, onde a criança costuma ficar?
- A sua criança fica fora do alcance de objetos que podem queimá-la, envenená-la e machucá-la?
- A sua criança tem oportunidades de brincar dentro e fora de casa, sem perigos de queda, atropelamento, afogamento e violência?
- Você ensina a criança a manejar com segurança uma tesoura (sem ponta), garfo ou faca, brincar com animais domésticos?

2. POTENCIAIS DA TECNOLOGIA EM PAUTA

O processo de avaliação da implantação do piloto do projeto Janelas de Oportunidades apontou a pertinência de tais tecnologias para dar suporte às ações das equipes de saúde na promoção do desenvolvimento

integral da criança, fortalecendo as competências familiares nesse processo (CHIESA, FRACOLLI e ZOBOLI, 2009; CHIESA, 2005; SOUZA e CHIESA; 2007; ALMEIDA, FRACOLLI e CHIESA, 2008).

Em 2013, o projeto foi retomado e atualizado, contando com recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (edital FAPESP/FMVSV 2012), visando à instrumentalização de 31 equipes de saúde da família na Região Oeste do Município de São Paulo.

A referida implementação recupera tanto a complexidade do processo de translação do conhecimento científico, no sentido de aprimorar as práticas (SHONKOFF e LEVITT, 2010), como a complexidade da formação e educação dos profissionais da saúde, visando ampliar o compromisso dos profissionais com a efetividade dos serviços e sistemas de saúde (FRENK *et al.*, 2010).

Na atenção básica, em geral, sabe-se que grande parte das dificuldades apontadas pelos profissionais que atuam de forma mais próxima à população, diz respeito à falta de tecnologias para operacionalizar as ações de Promoção da Saúde na perspectiva de ampliação do objeto, superando a visão limitada e dicotômica que contrapõe a saúde e doença. Portanto, a implementação de tais tecnologias e a avaliação do processo colocam-se como problema a ser superado.

O potencial do Projeto Janelas de Oportunidades para o fortalecimento das ações na atenção básica dá-se porque ele se estrutura de forma diferenciada, entendendo a necessidade de superar a abordagem tradicional ao desenvolvimento infantil, centrada principalmente na avaliação das aquisições motoras da criança, para outra que integra ações em diferentes níveis e influencia uma ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança. Dado o âmbito de ação das equipes da ESF, são privilegiadas intervenções para o cuidado diário e as oportunidades que a criança pode receber rotineiramente de sua família e de outros cuidadores, com vistas ao seu desenvolvimento integral. Os principais aspectos da abordagem familiar centram-se nas seguintes premissas:

- a importância da participação da família no desenvolvimento da criança;
- a valorização da rotina como forma/elemento de estimulação da criança;
- a relevância de instrumentalizar a família a reconhecer as diferentes necessidades da criança em cada fase do seu desenvolvimento; e
- a contribuição das experiências e oportunidades que a família oferece que facilitam as conquistas da criança no seu desenvolvimento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO PARA UMA PERSPECTIVA AMPLIADA DA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida já foram amplamente estudados e outros tantos ainda não estão totalmente esclarecidos. Tem sido cada vez mais confirmada a importância desse período para o ser humano (MUSTARD, 2002; MUSTARD, 2007; YOUNG, 2007; UNICEF 2001).

Há muitas evidências sobre a importância do período gestacional e dos primeiros anos de vida na formação e funcionamento neurológico e sua associação aos processos cognitivos, emocionais e comportamentais (KNUDSEN, 2004).

Nas últimas décadas, os estudos da neurociência possibilitaram esclarecer alguns princípios em relação ao desenvolvimento infantil, que vêm contestar as concepções que se centravam na determinação genética

do desenvolvimento. Sabemos hoje que “o impacto do ambiente é dramático e específico, não somente influenciando a direção geral do desenvolvimento, como realmente afetando a forma como o circuito intricado do cérebro humano é montado” (SHORE, 2000). Os achados da epigenética indicam que um ambiente em que está presente o diálogo e a atitude de apoio, atenção e sensibilidade por parte do adulto influenciam de maneira protetora para os efeitos estressores (GUNNAR *et al.*, 2009). A influência do ambiente tem sido destacada tanto na promoção como no prejuízo do neurodesenvolvimento (HACKMAN e FARAH, 2009; BELSKY e DE HAAN, 2011).

Além disso, embora o cérebro humano tenha capacidade notável de transformação, existem períodos especiais durante os quais tipos específicos de aprendizado são mais bem realizados. Tais períodos, dada a sua sensibilidade, são verdadeiras janelas de oportunidades,³ ocorrem quando o cérebro demanda determinado tipo de estímulo para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras. Da mesma forma, há períodos em que experiências negativas ou ausência de estimulação podem levar a efeitos danosos e duradouros (SHONKOFF e GARNER, 2012).

O cuidado inicial, portanto, é decisivo e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções. Isso se dá porque a forma como a criança é cuidada interfere na formação e manutenção de suas ligações neurais.

Ao mesmo tempo em que afirmamos que cabe às famílias a responsabilidade primeira pelo atendimento das necessidades da criança, provendo-lhe oportunidades de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo e buscando ajuda quando necessário, está claro que é de fundamental importância a existência de redes sociais que possam orientá-las e apoiá-las nessas funções.

As ações voltadas para a melhoria das práticas de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância têm integrado as prioridades para formulação de políticas públicas (MARMOT, 2010), ressaltando-se a necessidade de ampliar os investimentos sociais, tanto públicos como privados, para assegurar os benefícios durante a primeira infância (HECKMAN, 2007).

Muitos países têm estruturado programas de visita domiciliar voltados a ampliar as competências familiares no cuidado, desde a gestação até os primeiros três anos de vida (MACLEOD e NELSON, 2000; OLDS, SADLER e KITZMAN, 2007; KEMP, ANDERSON, TRAVAGLIA e HARRIS, 2005; KEMP *et al.*, 2011).

Aos trabalhadores da saúde, educação e assistência social, como elementos dessa rede, cabe ajudar as famílias a compreender o processo e as necessidades de desenvolvimento infantil, pensar alternativas para o atendimento da criança, além de realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil e encaminhar crianças com problemas para a atenção apropriada (UNICEF, 2001; SOLYMOS e MARICONDI; SOARES, 2009; COWLEY, 2008).

O primeiro problema a ser transformado na prática dos profissionais da saúde é a superação de uma visão naturalizada da realidade, sobretudo no tocante aos papéis de maternidade/paternidade, como se estes se desenvolvessem “naturalmente” nos indivíduos, ligados a reações instintivas, negligenciando a importância de observar e intervir na construção de vínculos afetivos e competências do cuidado diferenciado. Outro aspecto que também se configura em uma limitação tecnológica na área da saúde é a tradição de avaliar somente os problemas e não reconhecer os potenciais de saúde.

3 Este conceito foi utilizado no título do projeto “Nossas Crianças: janelas de oportunidades”, implementado para evidenciar a importância das ações no período em questão.

Estruturar uma intervenção a partir do “patrimônio” da família e da coletividade significa considerar as potencialidades e os nexos que se estabelecem na vida de pessoas e coletividades como realidades historicamente construídas (MOSER *et al.*, 1996; SOLYMOS, MARICONDI e SOARES, 2009).

Compreender o trabalho em saúde a partir do patrimônio implica abertura para uma realidade mais ampla, que transcende a dificuldade em si e que não se restringe à aplicação de soluções previamente concebidas. Tal compreensão permite o incremento gradativo do patrimônio da pessoa em situação de pobreza. Em outras palavras, a ação nasce do que existe, e não do que falta, e esse é o princípio que estimula a participação da família no processo de cuidado.

Um dos patrimônios mais importantes da família é sua rede social. A rede social da família participa da construção da identidade de cada um de seus membros, com hábitos, costumes, crenças e valores que conferem à pessoa determinadas características. Da rede social, a pessoa e a família recebem sustento emotivo, ajuda material, serviços e informações que tornam possível o desenvolvimento de relações sociais.

É, portanto, no âmbito das tecnologias para o cuidado integral e a partir das contribuições dos conceitos de resiliência e patrimônio que se apresenta este projeto de intervenção e pesquisa.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. Z.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Implantação do Projeto “Nossas crianças: janelas de oportunidades” na equipe saúde da família: relato de experiência. *Rev. Paul. Enf.*, v. 27, n. 2, p. 121-127, 2008.

ALVES SOBRINHO, E. J. A.; CHIESA, A. M.; SOUSA, M. F. PSF: um sonho possível na cidade de São Paulo. In: SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 37-44.

BELSKY, J.; DE HAAN, M. Annual Research Review: Parenting and children’s brain development: the end of the beginning. *J. ChilPsychol Psychiatry*, v. 52, p. 409-428, 2011.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. (Orgs.). *Promoção da Saúde da Criança: experiência do Projeto Nossas Crianças – Janelas de Oportunidades*. 1. ed. São Paulo: MSPrado, 2009. v. 1. 178 p.

CHIESA, A. M.; BATISTA, K. B. C. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca experiência de São Paulo. *Mundo da Saúde*, v. 28, n. 1, p. 42-48, 2004.

CHIESA, A. M. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do Programa de Saúde da Família. In: *I Seminário Estadual O Enfermeiro no Programa de Saúde da Família*; 2000. São Paulo: Texto de apoio do Evento/Conferência, 2000. p.1-7.

_____. A Promoção da Saúde como eixo estruturante do trabalho de enfermagem no Programa Saúde da Família. *Rev. Nursing*, v. 64, n. 6, p. 40-46, 2003.

_____. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde*. (Tese de Livre Docência). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2005.

COWLEY, S. Developing and measuring resilience for population health. *African Health Sciences*, v. 8, n. S, p. 41-43, 2008.

FRENK, J. *et al.* Health Professionals for a New Century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9.756, p. 1.923-1.958, 2010.

GUNNAR, M. R.; HERRERA, A.; HOSTINAR, C. E. Stress and early brain development. In: TREMBLAY, R. E.; BARR, R. G.; PETERS, R. V.; BOIVIN, M. (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2009. p. 1-8.

HACKMAN, D. A.; FARAH, M. J. Socioeconomic status and the developing brain. *Trends CognSci*, v. 13, p. 65-73, 2009.

HECKMAN, J. The economics, technology and neuroscience of human capability formation. *PNAS*, v. 104, n. 33, p. 13.250-13.255, Aug. 2007.

KEMP, L.; ANDERSON, T.; TRAVAGLIA, J.; HARRIS, E. Sustained nurse home visiting in early childhood: exploring Australian nursing competencies. *Public Health Nursing*, v. 22, p. 254-259, 2005.

KEMP, L. *et al.* Child and family outcomes of a long-term home visitation program: a randomized controlled trial. *Archives of Diseases in Childhood*, v. 96, p. 533-540, 2011.

MACLEOD, J.; NELSON, G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, v. 24, p. 1.127-1.149, 2000.

MARMOT, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. Disponível em: <<http://www.marmotreview.org>>.

MOSER, C.; GATEHOUSE M.; GARCIA, H. Guía Metodológica para la investigación de la pobreza urbana. Módulo I: Encuesta de hogares de una comunidad urbana. *Urban Management Programme*, Washington D.C., 1996.

MUSTARD, J. F. Early child development and the brain – The base for health, learning, and behavior throughout life. In: *From Early Child Development to Human Development*. WASHINGTON, D.C.: The World Bank, 2002.

_____. Investindo no desenvolvimento infantil: preenchendo a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos. In: CYPEL, S.; KISIL, M.; LISBONA, P. W. (Orgs.). *Desenvolvimento Infantil da concepção aos três anos de idade: contribuição do I Workshop da FMCSV*. São Paulo: FMCSV, 2007. p. 12-21.

OLDS, D. J.; SADLER, L.; KITZMAN, H. Programs for parents of infant toddlers: recent evidence from trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 48, p. 355-391, 2007.

SHONKOFF, J. P.; GARNER, A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, p. 129; 232-246, 2012.

SHORE, R. *Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro*. Trad. Iara Regina Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto, 2000.

SOLYMOS, G. M. B.; MARICONDI, M. A.; SOARES, M. L. P. V. A Criança e a Família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. P. (Orgs.). *Promoção da Saúde da Criança a experiência do Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. 1. ed. São Paulo: MSPrado Editora e Gráfica Ltda, 2009. p. 43-60.

SOUZA, A. L.; CHIESA, A. M. As tecnologias leve-duras na prática de enfermagem em saúde coletiva: possibilidades e limites. [on-line] In: *X Mostra de Monografias de estágio curricular da Escola de Enfermagem da USP*, 2007, São Paulo. Resumo das monografias. São Paulo: Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem da USP, 2007.

I OFICINA *Nossas crianças: janelas de oportunidades*. São Paulo, Brasil. Projeto de cooperação Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Programa Saúde da Família, Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef. Associação Comunitária Monte Azul, Entidade executora. 26 de abril, 2002. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesquisa/gru-promo/docs/projetos/projeto_janelas.pdf>.

UNICEF. Situação da infância brasileira 2001. *Desenvolvimento infantil: os seis primeiros anos de vida*. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2001.

YOUNG, M. E. Ingredientes-chave para um programa de desenvolvimento infantil eficaz: um relato de experiências envolvendo comunidade, governo e setor privado. *In: CYPEL, S.; KISIL, M.; LISBONA, P. W. (Orgs.). Desenvolvimento Infantil da concepção aos três anos de idade: contribuição do I workshop da FMCSV*. São Paulo: FMCSV, 2007. p. 23-29.

O PRÉ-NATAL PSICOLÓGICO COMO PROGRAMA DE PREVENÇÃO À DEPRESSÃO PÓS-PARTO E PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Alessandra da Rocha Arrais

Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Psicóloga Hospitalar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Docente do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Mulher e dos Idoso da FEPECS- SES-DF

Natália Maria de Castro Almeida

Psicóloga Clínica, Especializanda em Psicologia Clínica Hospitalar pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor- HCFMUSP)

A depressão pós-parto é um transtorno de alta incidência no puerpério, que possui repercussões negativas para o desenvolvimento infantil. Com o objetivo de prevenir este tipo de transtorno, desenvolvemos um programa, que denominamos “Pré-Natal Psicológico”, o qual consideramos constituir uma nova ferramenta para ampliar a assistência pré-natal oferecida nos serviços de saúde, em nosso País. A seguir, apresentaremos este programa e pesquisa realizada para avaliar seu potencial de depressão pós-parto e consequente favorecimento da parentalidade promotora do desenvolvimento infantil.

O Pré-Natal Psicológico é uma prática complementar ao Pré-Natal tradicional realizado pela equipe médica, voltada para maior humanização do processo gestacional, do parto e da parentalidade. Tem por finalidade prevenir situações adversas potencialmente advindas na gestação e no pós-parto, principalmente pelo seu caráter vivencial. Visa à integração da gestante e da família a todo o processo gravídico-puerperal, através de encontros temáticos em grupo com ênfase psicoterápica na preparação psicológica para a maternidade e paternidade, e prevenção da depressão pós-parto.

1. A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PSICOLÓGICA NA GESTAÇÃO

Em se tratando de saúde mental e atuação preventiva, um importante tema vem ganhando destaque: a maternidade. Isso porque o fenômeno envolve, no mínimo, dois campos de prevenção fundamentais. O primeiro é a mulher, gestante, parturiente e mãe, que vivencia um período de muitas inseguranças e descobertas, o que torna muito relevante a intervenção psicológica. O segundo campo é o desenvolvimento do filho. O bebê se beneficia muito de uma relação saudavelmente construída e de um projeto de parentalidade que compreenda suas necessidades evolutivas.

Entretanto, para que esse trabalho se realize é preciso compreender os conceitos envolvidos e desconstruir alguns mitos edificadas em torno da maternidade. O ciclo gravídico-puerperal é um período do desenvolvimento humano marcado por alterações bioquímicas, físicas e psíquicas da mulher. Para algumas

mulheres a gravidez é um evento desejado e planejado, para outras esse processo é raramente planejado, nem sempre marcado por alegrias e realizações (ROSENBERG, 2007), sendo comum nessa fase o surgimento de sentimentos conflitantes tanto em relação ao bebê quanto à própria vida da gestante (CHIATTONE, 2007). *(inserir box com dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, onde se encontrou que 47% das gestações no Brasil não são desejadas.)*

Entre os transtornos psíquicos da puerperalidade destaca-se a depressão pós-parto (DPP). De acordo com o DSM-V (APA, 2014), a DPP caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda de interesse e prazer por quase todas as atividades (Episódio Depressivo Maior), que se manifesta duas semanas após o parto. A incidência de transtornos depressivos no puerpério é alta. De acordo com Chiattonne (2007), 10% a 16% das pacientes preenchem critérios para o diagnóstico de DPP, que merece maior atenção. Há relatos de que 50% a 90% dos casos de DPP no mundo não são sequer detectados (BRASIL, 2006).

Este trabalho defende a ideia de que a DPP é um importante problema de saúde pública, que impacta diretamente a saúde da mãe e do bebê, e ainda é subdiagnosticada, atingindo mulheres em todas as idades, classes sociais e níveis de escolaridade, com prejuízos como atraso no desenvolvimento psicomotor dos bebês, caso a DPP não seja tratada.

Diante da gravidade deste transtorno psíquico e, observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, faz-se válida a utilização de recursos que tentem prevenir este distúrbio. O Pré-Natal Psicológico é um desses recursos, cuja abordagem diferencia-se dos cursos para gestantes. Trata-se de um novo conceito em atendimento perinatal, voltado para uma maior humanização do processo gestacional, do parto e de construção da parentalidade (ARRAIS, CABRAL, MARTINS, 2012; BORTOLETTI, 2007).

O referencial teórico utilizado foi a Psicologia Positiva. Essa propõe um olhar voltado ao potencial de cada indivíduo, ajudando a identificar e fortalecer os fatores que permitem a redução da incidência e a prevenção de patologias secundárias a condições adversas de vida (OLIVEIRA; NAKANO, 2011).

1.1. Descrição do Programa Pré-Natal Psicológico (PNP)

O PNP apresenta uma atuação psicoprofilática por meio de um grupo interventivo complementar ao tradicional pré-natal médico. Seu objetivo é auxiliar na preparação para a maternidade e a paternidade, fase favorável à instalação de sentimentos que podem dificultar a experiência saudável do ciclo gravídico-puerperal (BORTOLETTI, 2007; CABRAL, MARTINS E ARRAIS, 2012). Por consequência, o PNP pode reduzir os riscos de DPP. Outro objetivo do grupo é atuar em uma perspectiva desenvolvimentista, provendo espaço dialógico para se pensar o projeto de educação de filhos, para a proposta de parentalidade do casal grávido e para questões do desenvolvimento psicológico dos bebês nos seus primeiros anos de vida.

O PNP é constituído por um grupo aberto de até seis casais “grávidos”, de 12 a 36 semanas de gestação. Normalmente, ocorre em cinco sessões grupais, quinzenais, de aproximadamente três horas de duração cada, mais uma de *follow up* entre 4 e 6 semanas do puerpério. Pode haver a participação dos avós. Durante as sessões são utilizadas técnicas como recorte e colagem, vídeos, elaboração de desenhos por parte das participantes, exercícios de relaxamento e respiração, dentre outras técnicas que promovam a discussão dos temas propostos tanto pela equipe condutora, quanto pelos participantes.

Os temas geralmente trabalhados nas sessões são: Desmitificação da maternidade e paternidade, Representação social da maternidade, Sexualidade na gravidez e no pós-parto, Mudanças na autoimagem corporal, Expectativas em relação ao filho, Intercorrências na gestação, Tipos de parto (preparação), Medos: dor, laceração, morte, Parto escolhido (postura ativa), Acompanhante na sala de parto, Amamentação, Estados

emocionais no pós-parto, Distúrbios emocionais do puerpério, Trabalho X maternidade, o papel dos pais e avós. Além disso, inclui orientações e esclarecimentos quanto aos cuidados e aspectos desenvolvimentais do primeiro ano de vida do bebê.

1.2. Caracterizando a depressão pós-parto

Segundo o DSM-V (APA, 2014), a depressão pós-parto é um episódio de depressão maior, que ocorre dentro das quatro primeiras semanas após o parto, durante as quais observa-se presença de um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. A mãe também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa.

De acordo com Arrais (2005), a puérpera pode apresentar um profundo retraimento e isolamento social, principalmente se ocorrer um distanciamento muito grande entre aquilo que a gestante imaginava ser, tanto em relação ao bebê idealizado quanto à sua própria figura materna e aquilo que advém no parto. Ainda, podem surgir sentimentos ambivalentes relacionados às dúvidas e medos inerentes a esse momento (BORTOLETTI, 2007), devido ao não suprimento das expectativas do mito da mãe perfeita (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

A DPP tem importantes consequências sociais e familiares, sobretudo para a díade mãe-bebê, mas também para a tríade mãe-pai-bebê, a saber: problemas conjugais, atraso no desenvolvimento do bebê e grande sofrimento psíquico para a mãe, inclusive com risco aumentado para o suicídio, entre outros (RAMOS; FURTADO, 2007).

A DPP pode dificultar o estabelecimento do vínculo afetivo seguro entre mãe e bebê, podendo interferir nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança. Pois, de acordo com a Teoria do Apego de Bowlby (AINSWORTH; BOWLBY, 1991), há evidências de efeitos adversos ao desenvolvimento, atribuídos ao rompimento na interação com a figura materna, na primeira infância, como pode ocorrer nos casos de mães com DPP, quando não adequadamente diagnosticadas e tratadas (ARRAIS, 2012; BORTOLETTI, 2007; KLEIN; GUEDES, 2008).

A falta de informação pode gerar na gestante expectativas e crenças sobre a sua nova condição, desencadeando sintomas de ansiedade e depressão (BAPTISTA; FURQUIM, 2009), sendo que o impacto na vida dos envolvidos requer um trabalho não só remediativo, mas também preventivo, a fim de evitar este grave transtorno. Cientes dos fatores que envolvem a DPP e observada a necessidade de adaptação que uma puérpera precisa enfrentar, nada mais válido do que a utilização de um instrumento que tente prevenir este distúrbio, como o PNP.

Desse modo, considerando que as consultas de pré-natal auxiliam a equipe multidisciplinar a identificar os fatores de risco e de proteção para a DPP, proporcionando às gestantes melhores condições de enfrentamento, esse tema assume grande importância clínica, com repercussões para a saúde pública, em especial quando se considera sua repercussão social.

Alguns estudos apontam diversos fatores de risco para o desencadeamento da DPP, os quais devem ser investigados: gestante solteira, conflitos conjugais, falta de apoio do pai do bebê, histórico familiar de depressão, depressão e ansiedade gestacional, gravidez não programada, suporte social fraco e eventos de vida negativos na gravidez (ARRAIS, MOURÃO, FRAGALLE, 2013; BORTOLETTI, 2007; PEREIRA; LOVISI, 2008).

Já os fatores de proteção, que são definidos por Moraes *et al.* (2006) como condições do próprio indivíduo que podem contribuir para uma melhor resposta a determinados eventos de riscos, temos: expectativa de sucesso no futuro, senso de humor, otimismo, autonomia, tolerância ao sofrimento, assertividade, estabilidade

emocional, engajamento nas atividades, comportamento direcionado para metas, habilidade para resolver problemas e boa autoestima. Constituem, ainda, fatores de proteção para a DPP: o apoio de outra mulher, detecção precoce da depressão (RUSCHI *et al.*, 2007), suporte social, boa relação conjugal e suporte emocional do companheiro (ARRAIS, 2005; FRIZZO; PICCININI, 2005), estabilidade socioeconômica, sistema de apoio familiar (ROSENBERG, 2007) e um trabalho de prevenção, como o PNP (BORTOLETTI, 2007).

O conhecimento dos fatores de risco e de proteção da DPP é importante para o planejamento e execução de ações preventivas, como o Pré-Natal Psicológico, uma vez que, conforme mencionam Zinga, Phillips e Born (2012), a intervenção precoce, utilizando uma estratégia psicoterapêutica específica entre as gestantes, pode resultar em uma redução significativa na sintomatologia depressiva.

2. A PESQUISA-AÇÃO

Para avaliar a eficácia do Pré-Natal Psicológico na prevenção da depressão pós-parto em gestantes de uma maternidade pública de referência em Brasília, realizamos uma pesquisa, com os seguintes objetivos específicos: Descrever os fatores de risco de ansiedade e depressão gestacional para a DPP; Identificar os níveis de DDP destas mulheres encontrados no puerpério; Relacionar os níveis de ansiedade e depressão gestacional e o risco de depressão pós-parto; Identificar a eficácia do PNP na redução dos fatores de risco ou na proteção para o aparecimento da DPP.

Para que esses objetivos pudessem ser atingidos, o método utilizado foi a pesquisa-ação, Essa é uma estratégia metodológica de investigação que visa compreender e intervir propositalmente ou intencionalmente na situação, com vistas à modificá-la (Thiollent, 1992). Esta metodologia divide-se em três fases: a) Fase I: elaboração do diagnóstico da situação (levantamento dos fatores de risco e de proteção para a DPP; b) Fase II: proposta de intervenção e implantação (grupo PNP); e c) Fase III: avaliação (rastreamento da DPP e avaliação do PNP). O presente projeto de pesquisa contemplou as três fases da pesquisa-ação acima descritas, na qual foram identificados os fatores de risco e de proteção para a DPP e avaliado o material qualitativo e quantitativo colhido nas fases II e III.

A pesquisa contou com a participação de 10 mulheres captadas em uma maternidade pública em Brasília. Todas estavam gestantes e encontravam-se entre a 21^a e a 35^a semana de gestação, residiam no Distrito Federal ou entorno e possuíam pelo menos o nível de escolaridade primário. Todas foram convidadas a participar do PNP, todavia, apenas cinco dessas gestantes demonstraram interesse e constituíram o grupo-intervenção nomeado de Grupo A. As outras cinco gestantes que não quiseram participar constituíram o grupo-controle dessa pesquisa, para fins comparativos, que foi nomeado de Grupo B.

Os instrumentos utilizados nas diferentes fases da pesquisa, foram: *Perfil gestacional* (ficha aplicada aos Grupos A e B, durante a Fase I); *Perfil puerperal* (ficha que foi aplicada aos dois grupos A e B, durante a Fase III); *Inventário Beck de Depressão* (BDI) e o *Inventário Beck de Ansiedade* (BAI) (CUNHA, 2011), ambos aplicados aos Grupos A e B, durante a Fase I; *Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, ou Escala COX* (COX; HOLDEN, 2003), que foi aplicada aos Grupos A e B, até três meses depois do pós-parto, durante a Fase III; e, por fim, *Questionário avaliativo sobre os efeitos do Pré-Natal Psicológico*, que foi aplicado apenas às participantes do Grupo A, durante a Fase III, que ocorreu por meio de visitas domiciliares agendadas com antecedência a partir de contato telefônico.

2.1. Resultados

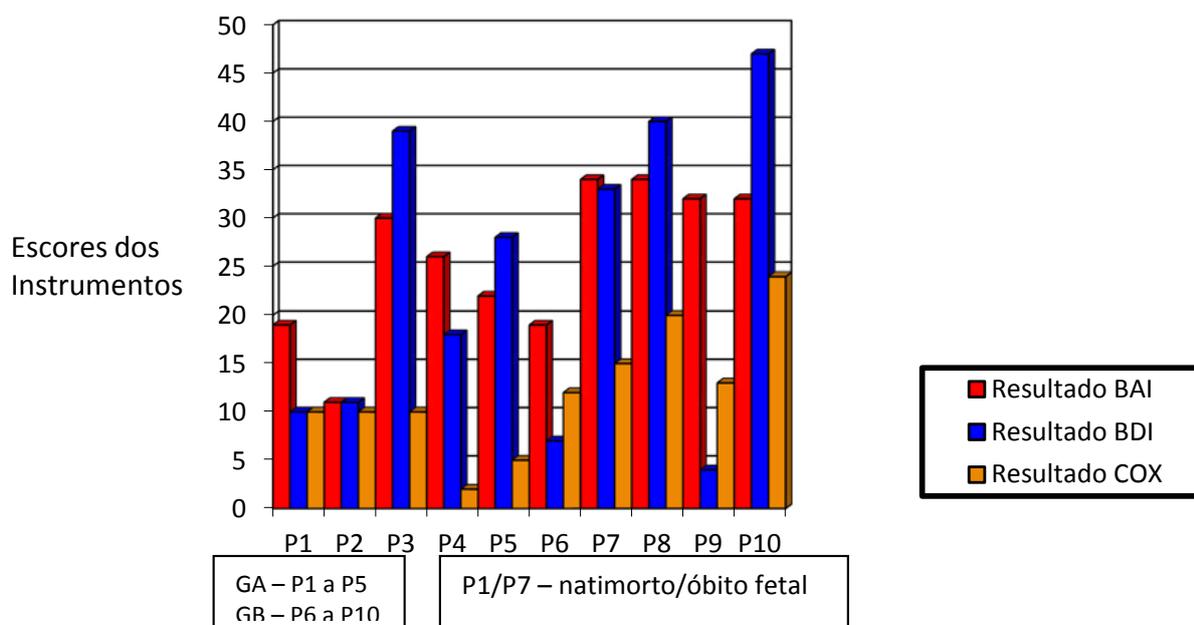
Em função da sua grande relevância como fator de risco para depressão pós-parto, destacaremos nesse artigo apenas os resultados referentes aos níveis de depressão e ansiedade gestacional e rastreamento de depressão pós-parto nos dois grupos, A e B. O quadro 1 e a Figura 1 apresentam esses resultados.

Quadro 1: Níveis de depressão gestacional e rastreamento de depressão pós-parto nos dois grupos.

		Resultado BAI	Nível de ansiedade	Resultado BDI	Nível de depressão	Resultado COX	Rastreamento depressão pós-parto
GRUPO A	P1	19	Moderado	10	Mínimo	10	Negativo para DPP
	P2	10	Leve	11	Mínimo	10	Negativo para DPP
	P3	30	Grave	39	Grave	10	Negativo para DPP
	P4	26	Grave	18	Leve	2	Negativo para DPP
	P5	22	Moderado	28	Moderado	5	Negativo para DPP
GRUPO B	P6	19	Moderado	7	Mínimo	12	Probabilidade para DPP
	P7	34	Grave	33	Moderado	15	Probabilidade para DPP
	P8	34	Grave	40	Grave	20	Probabilidade para DPP
	P9	32	Grave	4	Mínimo	13	Probabilidade para DPP
	P10	32	Grave	47	Grave	24	Probabilidade para DPP

É interessante observar que, no Grupo A, apenas duas participantes (40%) apresentaram nível de ansiedade grave (P3 e P4), sendo que do total da amostra, somente uma (20%) apresentou nível de depressão gestacional grave (P3), de acordo com a Escala Beck. No Grupo B, a maioria apresentou nível de ansiedade gestacional grave (80%), sendo que duas (40%) apresentaram nível de depressão gestacional grave (P8 e P10) e uma (20%) apresentou nível moderado (P7).

Figura 1: Níveis de ansiedade e depressão gestacional e risco de DPP nos Grupos A e B



Importante esclarecer ainda que, no Grupo A, uma participante (20%) afirmou histórico de depressão anterior (P5) e duas (40%) mencionaram a presença de depressão na gestação (P3 e P5), enquanto que no Grupo B, duas apresentaram histórico de depressão anterior (40%) e durante a gestação (P8 e P10). Esses dados confirmam a afirmação de Arrais (2005); Pereira e Lovisi (2007); Zinga, Phillips e Born (2012); Rosenberg (2007); Schmidt, Piccoloto e Müller (2005), de que a presença de depressão na gestação representa um dos grandes fatores de risco para a DPP.

Outra questão que merece destaque é o fato de que os bebês de duas participantes da pesquisa evoluíram para óbito – uma do Grupo A (P1 – natimorto) e outra do Grupo B (P7 – óbito fetal) - o que representa um fator de risco para a DPP. Tendo em vista que ambas as participantes apresentavam fatores de risco semelhantes na fase diagnóstica da pesquisa (gravidez não planejada, situação socioeconômica desfavorável e relacionamento conjugal insatisfatório) e que somente a participante do Grupo B apresentou probabilidade para DPP, segundo a escala COX. Isso nos permite questionar se a participação de P1 no PNP permitiu que, de alguma forma, a depressão fosse tratada ou minimizada. Essa influência pode ser visualizada nas seguintes falas:

– Aqui vocês puderam me ajudar, me aconselhar. Se não fossem vocês eu acho que não teria dado conta só. Nos momentos bem difíceis da minha vida me ajudou sim, bastante mesmo. (P3).

– Durante a gestação, se eu tivesse passado aqui sozinha, sem o apoio de vocês, sem alguém pra conversar, me acalmar, me ajudar, eu não tinha conseguido (P5).

De acordo com os dados obtidos, pode-se afirmar que, apesar de as participantes de ambos os grupos serem vulneráveis e com tendência a desenvolver a DPP, nenhuma das gestantes que participaram do Pré-Natal Psicológico, Grupo A, desenvolveram DPP. Enquanto que as cinco puérperas do Grupo B, que não participaram do PNP, evidenciaram probabilidade para a DPP (Figura 1).

Verificou-se, assim, que as gestantes dos dois grupos encontravam-se vulneráveis à depressão pós-parto, apresentando vários fatores de risco, entretanto, somente as do grupo controle apresentaram DPP. Os resultados foram comparados entre os dois grupos – intervenção e controle – e encontrou-se que entre as participantes do PNP (grupo intervenção) a ocorrência dos fatores de risco superou a dos fatores de proteção, sendo que mais da metade destas participantes, de acordo com a Escala Beck, evidenciaram depressão durante a gravidez, mas não desenvolveram a DPP. Já nas que não participaram do PNP (grupo controle) todas apresentaram a DPP.

Esses achados sugerem que o Pré-Natal Psicológico, associado a fatores de proteção presentes na história das grávidas, pode ajudar a prevenir a DPP, reforçando o caráter psicoprolático deste tipo de trabalho, conforme apontado por Bortoletti (2007); Arrais, Cabral e Martins (2012); Santos (2013) e Shields (2006).



Foto: Natália Almeida

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada, concluiu-se que o Pré-Natal Psicológico atuou de forma positiva na prevenção da depressão pós-parto, em gestantes de alto risco e pode ser considerado um fator de proteção adicional, na medida em que proporciona um espaço de escuta emocional e apoio, onde o tema da DPP pode ser adequadamente abordado, permitindo a livre expressão de temores e ansiedades. Defende-se que a assistência psicológica na gestação, por meio da utilização do PNP, é um importante instrumento psicoprofilático que deve ser implementado como uma política pública em postos de saúde e serviços de pré-natal no Brasil.

Este estudo possui relevância social e científica, na medida em que pode ser utilizado como ponto de partida para iniciativas públicas e privadas de apoio à mulher e seu bebê durante seu ciclo gravídico-puerperal. O Pré-Natal Psicológico, atrelado ao Programa de Pré-Natal **Médico**, constitui-se em ferramenta de baixo custo, que pode ser implementada por equipes multidisciplinares, em hospitais públicos e privados, clínicas da mulher e outros espaços, abrigando possibilidades de intervenção multidisciplinar.

Os benefícios experimentados pelas participantes apontam que uma proposta de saúde integral não se limita apenas à prevenção da depressão pós-parto, mas permite que as transformações da gestação e puerpério sejam vivenciadas de forma saudável e que, principalmente, investimentos afetivos na vinculação com o bebê sejam contemplados.

Ao propor um trabalho interventivo e terapêutico envolvendo o casal, a pesquisa-ação propiciou um ganho inestimável para o desenvolvimento psicológico do bebê, pouco enfatizado nos cursos de pré-natal tradicionais. Além de se prevenir transtornos psicológicos que prejudicam a relação mãe-bebê, viabiliza-se um espaço para promover a discussão de um projeto de parentalidade. A pesquisa-ação mostrou que os conteúdos relativos à proposta de educação dos filhos, bem como a compreensão dos aspectos evolutivos da criança, foram demandados nos momentos grupais. Embora não tenha sido tratado de modo informativo, foi possível notar o quanto há carência desse tipo de abordagem e o quanto o preparo afetivo tem repercussões para a qualidade do exercício da maternidade e da paternidade. Assim como a possibilidade de se poder contar com informações sobre aspectos práticos da maternidade e da paternidade, em um contexto onde seja possível se dialogar a respeito das intenções e projetos educativos. Ao mesmo tempo em que estes aspectos podem gerar conflitos que atinjam a conjugalidade, seu manejo preventivo pode possibilitar a construção de um projeto de parentalidade mais compartilhado e melhorar a qualidade da relação do casal e da interação com o bebê.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M.; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, vol. 46, nº 4, pp. 333-341, 1991.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) *DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARRAIS, A. R. *As configurações subjetivas da depressão pós-parto: para além da padronização patologizante*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

ARRAIS, A. R.; CABRAL, D. S. R.; MARTINS, M. H. F. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, São Paulo, v. 15, n. 22, p. 53-76, 27 set., 2012.

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Revista Saúde e Sociedade*, 22(3), 2013.

- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 269-276, 2006.
- BAPTISTA, A. S. D.; FURQUIM, P. M. Enfermaria de Obstetrícia. Em: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R.. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 2, p. 12-31.
- BORTOLETTI, F. F. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem Interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e *Puerpério*: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.
- CHIATTONE, H. B. C.. Assistência Psicológica de Urgência. Em: BORTOLETTI, F. F. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem Interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 52-59.
- COX J; HOLDEN J. *Perinatal Mental Health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Royal College of Psychiatrists, Gaskell, 2003.
- CUNHA, J. *Manual em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- FALCONE, V. M. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, Ago. 2005.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 1, Abr. 2005.
- KLEIN, M. M. S.; GUEDES, C. R. Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 4, 2008.
- MORAES, I. G. S.; PINHEIRO, R. T.; SILVA, R. A.; HORTA, B. L.; SOUSA, P. L. R.; FARIA, A. D.. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 65-70, 2006.
- OLIVEIRA, M. A. ; NAKANO, T. C. Revisão de pesquisas sobre criatividade e resiliência. *Temas em Psicologia*, 19 (2), 467-479, 2011.
- PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, v. 35, n. 4, 2008.
- RAMOS, S. H. A. S.; FURTADO, E. F.. Depressão Puerperal e Interação mãe-bebê: Um estudo piloto. *Psicologia em Pesquisa*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, Jan-Jun. 2007.
- ROSENBERG, J. L. Transtornos Psíquicos da Puerperalidade. Em: BORTOLETTI, F. F. *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem Interdisciplinar*. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 110-117.
- RUSCHI, G. E. C.; SUN, S. Y.; MATTAR, R.; CHAMBÔ FILHO, A.; ZANDONADE, E.; LIMA, V. J. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 3 p. 274-280, 2007.
- SANTOS, S. R. L. B. *Menina, mulher, filha, mãe? A gravidez decorrente de violência sexual*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- SCHMIDT, E. B.; PICCOLOTO, N. M.; MÜLLER, M. C.. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico- Usf*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 61-68, jun. 2005.
- SHIELDS, B. *Depois do parto, a dor: Minha experiência com a depressão pós-parto*. São Paulo: Prestígio, 2006. 205p.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2, 1992.
- ZINGA, D.; PHILLIPS, S. D.; BORN, L. Depressão pós-parto: sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, 2012.

PIONEIRISMO E INOVAÇÃO EM POLÍTICA PÚBLICA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PIM

Alessandra Schneider

Psicóloga, Especialista em Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê, Mestre e Doutoranda em Psicologia, Assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Cândida Kirst Bergmann

Assistente Social, Especialista em Impactos da Violência na Saúde, participou do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância do NCPI/Harvard. Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS

Carolina de Vasconcelos Drügg

Pedagoga, Mestre em Educação, Especialista em Psicopedagogia e em Gestão de Políticas e Projetos Sociais e Culturais, participou do Programa de Gestão de Políticas e Programas de Desenvolvimento Infantil do BID/INDES e do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância do NCPI/Harvard. Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS

Gisele Mariuse da Silva

Nutricionista, Especialista em Gestão em Saúde. Consultora Técnica UNESCO - Coordenadora Adjunta no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS

Giuliana Chiapin

Psicóloga, Especialista e Mestre em Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil pela Tavistock Clinic University of East London (UK). Consultora Técnica UNESCO - Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS, docente do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica do ESIPP/RS, Sócia-Fundadora da Investir Infância

Kênia Margareth da Rosa Fontoura Psicóloga

Especialista em Gestão do Capital Humano e Impactos da Violência na Saúde. Consultora Técnica UNESCO - Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS

Lacy Maria Pires

Especialista em Gestão Pública em Saúde e Ciências Sociais Aplicadas, participou do Programa de Gestão de Políticas e Programas de Desenvolvimento Infantil do BID-INDES. Atua como Consultora Técnica UNESCO - Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS.

Leila Maria de Almeida

Assistente Social, Especialista em Terapia de Famílias e Casais, participou do Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância do NCPI/Harvard. Gerente e Coordenadora Geral no PIM de 2003 à 2010. Atualmente atua como Consultora Técnica UNESCO – Coordenadora Geral do PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS.

Sandra Silveira Nique da Silva

Pedagoga, Especialista em Supervisão Escolar e Educação Infantil, participou do Programa de Gestão de Políticas e Programas de Desenvolvimento Infantil do BID-INDES. Consultora Técnica UNESCO - Supervisora no PIM/Secretaria Estadual da Saúde do RS



Fonte: Banco de Imagens do PIM

1. O PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de Governo do Estado do Rio Grande do Sul para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. Sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, e com apoio das Secretarias da Educação, da Cultura, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos e do Gabinete de Políticas Sociais, reflete desde sua concepção o reconhecimento da singularidade e da importância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Implantada em 2003, a iniciativa passou a ser uma política pública no RS a partir de 2006, com a promulgação da Lei Estadual nº 12.544, aprovada por unanimidade na Assembleia Legislativa do Estado e alterada, posteriormente, por meio da Lei 14.594/2014.

O PIM tem como objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 5 anos e 11 meses de idade. Por meio do Programa, visitas domiciliares e atividades grupais são realizadas semanalmente por Visitadores exclusivos que atuam na promoção e no fortalecimento das competências familiares para o cuidado, educação e proteção das crianças, com foco no estímulo dos aspectos emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

A metodologia do PIM tem como referência o Programa cubano *Educa a Tu Hijo*, do Centro de Referência Latino Americano para a Educação Pré Escolar que oferece alternativas de educação para as crianças, a partir da orientação e do apoio às famílias e é reconhecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como uma prática de êxito e de possível replicação na América Latina. Sua implantação foi viabilizada com base em uma cooperação técnica financiada pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande

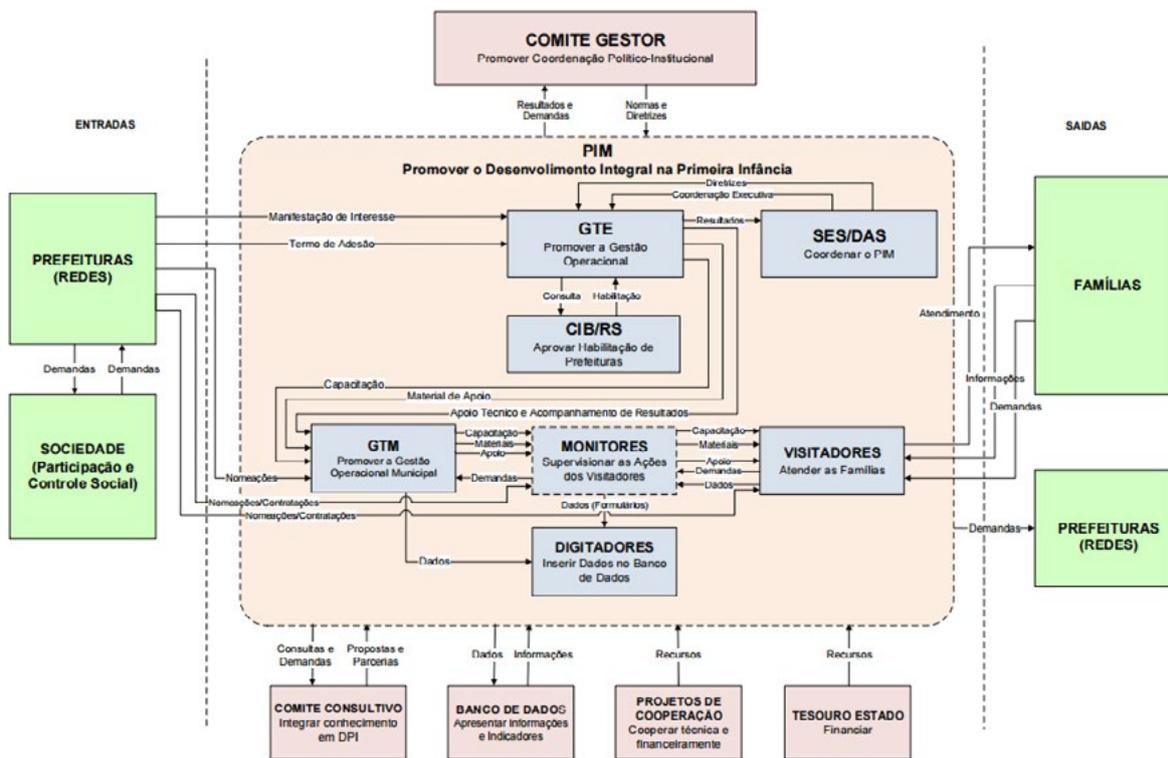
do Sul com o CELEP/Cuba, durante três anos. A adequação da proposta cubana à realidade gaúcha resultou em uma estrutura de funcionamento e metodologia de atenção com diferenças significativas.

O Programa fundamenta-se nos pressupostos teóricos de Lev Vygotsky, Jean Piaget, John Bowlby, Donald Winnicott e Jerome Brunner, além dos recentes aportes de estudos da Neurociência. Os autores supracitados corroboram com seus estudos para orientar as ações do PIM, uma vez que seus postulados preconizam questões relevantes para o desenvolvimento na primeira infância, dentre as quais se destacam a importância: (i) do vínculo mãe/bebê calcado no apego seguro que dá, ao bebê, um sentimento de segurança, proteção, conforto, tranquilidade e apoio, bem como da responsividade materna que é a capacidade do adulto de perceber, interpretar e responder adequadamente aos sinais do bebê; (ii) do desenvolvimento emocional primitivo e do ambiente facilitador à vida; (iii) das interações sociais significativas na família (interações parentais) e na comunidade, que são elementos essenciais, assim como os cuidados físicos e a nutrição, para o adequado desenvolvimento cerebral.

1.2. Estrutura e funcionamento do Primeira Infância Melhor

O mapa de relacionamento do PIM possibilita uma representação gráfica do fluxo operacional e da interrelação entre os diferentes processos de trabalho que integram a estrutura e o funcionamento dessa política pública. Cabe destacar que as prefeituras municipais são corresponsáveis pela execução do Programa.

Quadro 01 – Mapa de Relacionamentos do PIM



A gestão estadual conta, em sua estrutura, com um Comitê Gestor Intersetorial (CGI), formado por integrantes das Secretarias de governo anteriormente citadas. Responsável pelo aporte político institucional, o CGI contribui para o alcance das metas e diretrizes gerais fixadas para sua implementação.

O Grupo Técnico Estadual (GTE) representa o grupo gestor do Programa, responsável pelas estratégias de implantação e implementação do PIM, pelo monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, pela formação e apoio das equipes municipais e pela articulação da rede de serviços estadual. Este grupo é composto por especialistas com formação multidisciplinar nas áreas da assistência social, saúde e educação e por representantes das Coordenadorias Regionais da Saúde e da Educação.

Nos municípios, as equipes são compostas pelo Grupo Técnico Municipal (GTM), Monitores e Visitadores. O GTM é composto por representantes das Secretarias Municipais envolvidas com o Programa, com participação prioritária das Secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social. Este grupo é responsável por gerenciar as ações do PIM no município, de forma contextualizada com as características locais. Ele Monitora e avalia as ações desenvolvidas, seleciona e capacita Monitores e Visitadores, identifica as famílias para atendimento e articula a rede de serviços municipal.

Os integrantes do GTM reúnem-se periodicamente para trabalhar questões de natureza técnico-administrativa sobre capacitação de Monitores, contratação de Visitadores, articulação com a rede de serviços e sensibilização de Gestores e de segmentos da sociedade para o Programa e seus objetivos. Nessas reuniões também são realizados o planejamento didático-pedagógico e o assessoramento aos Monitores e Visitadores quanto às atividades junto às famílias, além do acompanhamento e avaliação das ações do PIM (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007, p.66).

Os Monitores são responsáveis pela interlocução entre os Visitadores, o GTM e a Rede de Serviços nas comunidades e pela supervisão das ações dos Visitadores. Eles capacitam, acompanham e avaliam o trabalho destes junto às famílias. Sua formação deve ser nas áreas social, da saúde ou da educação.

Os Visitadores, sob supervisão permanente do GTM e Monitores, planejam e executam o atendimento domiciliar e grupal junto às famílias. Também são responsáveis pelo monitoramento do desenvolvimento integral das gestantes, crianças e suas famílias. O número máximo de famílias atendidas pelos Visitadores corresponde a sua carga horária de contratação, variando de 14 a 20 famílias por Visitador.

As ações do PIM no município devem ser apoiadas pelos gestores e também pelo Comitê Municipal, formado por entidades governamentais e não governamentais, associações de classe, de bairros, comerciais e religiosas, fundações e demais instituições da sociedade civil organizada. O Comitê tem a responsabilidade de articular a cooperação dos diferentes serviços voltados ao desenvolvimento infantil existentes no município, além de promover a mobilização social pela causa da primeira infância, propondo estratégias de aprimoramento e divulgação das ações desenvolvidas, em especial na construção e fortalecimento da temática da primeira infância nos Plano Municipais.

Toda a estrutura do PIM é voltada ao fortalecimento da atenção dedicada às famílias, através da articulação das iniciativas de diferentes atores sociais, da sensibilização e formação permanente dos profissionais envolvidos, além da avaliação constante dos ganhos obtidos, a partir de sua proposta de intervenção.

1.3. A visita domiciliar e a figura do Visitador

A visita domiciliar tem se constituído com uma das formas mais eficazes de intervenção, na medida em que favorece intervenções centradas nas potencialidades de cada família, no ambiente doméstico. Wasnik (1993) afirma que esta metodologia de trabalho é, provavelmente, a forma mais pessoal de oferecer serviços à sociedade. Trata-se de uma estratégia que permite elevar os benefícios pretendidos, na medida em que o

Visitador Domiciliar ganha acesso a informações que dificilmente estão disponíveis para outros serviços de apoio, incluindo informações sobre as condições de vida das famílias, padrões de interação familiar, valores e crenças familiares, além de permitir conhecer parceiros sociais e recursos materiais que podem apoiar a família. Estas informações possibilitam ao Visitador domiciliar identificar aquilo que a família realmente precisa, promovendo uma intervenção mais sensível às suas demandas. Contudo, a pesquisadora aponta que esses benefícios são possíveis apenas quando os Visitadores recebem formação suficiente e apoio para realizar seu trabalho – o que demanda a estruturação de orientações bastante precisas sobre como selecionar, treinar e apoiar os Visitadores Domiciliares, investimento constante do PIM.

No viés do Primeira Infância Melhor, o Visitador é o responsável direto por apoiar as famílias para o fortalecimento de suas competências em cuidar, educar e proteger suas crianças, desde a gestação. Seu trabalho consiste em realizar visitas e atividades grupais de acordo com a metodologia do PIM e com o suporte do GTM, Monitores e Rede de Serviços. Em sua rotina de trabalho, deve buscar construir uma relação dialógica com as famílias, reconhecer e valorizar o que emerge de seu cotidiano, se posicionar como um facilitador na construção e fortalecimento de conhecimentos e motivar para que as famílias sejam protagonistas de seu próprio desenvolvimento. O ponto inicial precisa ser o reconhecimento de que cada família representa um universo de significados e que a compreensão de seu contexto depende da observação e de uma escuta qualificada daquilo que atravessa as dinâmicas familiares, ou seja, suas crenças, valores e hábitos.

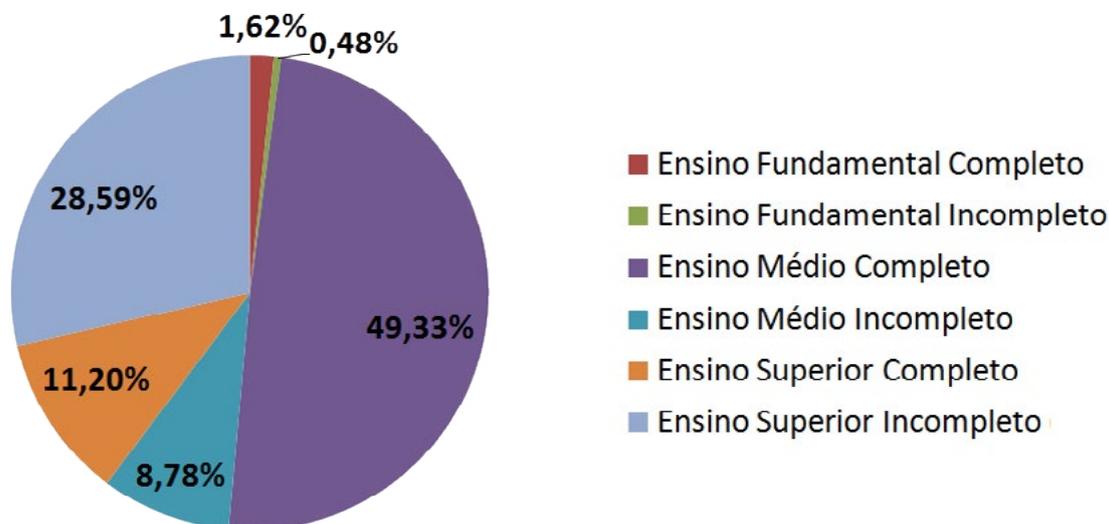
Considerando a relevância das atribuições do Visitador, o GTM e os gestores municipais tem como uma de suas principais responsabilidades a adoção de estratégias que privilegiem a seleção de Visitadores com perfil adequado ao papel que representam na estrutura dessa Política. Pesquisas sobre programas de visita domiciliar, além da prática do PIM, revelam que o perfil exigido para os Visitadores se transformou na medida em que as propostas de intervenção ampliaram seu enfoque, passando a considerar a necessidade de intervir em questões mais amplas dos contextos familiares, o que antes permanecia restrito, em muitos casos, ao atendimento direto das crianças. Com novas expectativas sobre o trabalho do Visitador, se passou a exigir a contratação de profissionais mais flexíveis e talentosos para lidar com as diversidades familiares, além das questões relativas ao desenvolvimento das crianças.

No PIM, após a seleção e formação inicial do Visitador, ganha destaque sua qualificação permanente, quando as equipes municipais são convocadas a organizar rotinas sistemáticas de supervisão e suporte ao Visitador. Estas rotinas são um investimento que tem como princípio o acompanhamento contínuo deste profissional, na intenção de identificar e analisar os fatores que possam comprometer os benefícios pretendidos pela política e propor ações que contribuam para o seu êxito. Esse processo sistemático contempla: (i) apoio semanal nos planejamentos singulares dos atendimentos; (ii) acompanhamento de campo; (iii) escuta dos Visitadores em reuniões de supervisão semanal; (iv) conversas com as famílias e com a comunidade em geral; (v) estudos de caso que requeiram um tratamento especial da equipe e encaminhamento a outros profissionais; (vi) articulação com a Rede de Serviços dentre outras estratégias. As informações derivadas destas ações permitem conhecer quais são as necessidades reais de qualificação das equipes, refletindo, por exemplo, no planejamento de formações continuadas que conciliem os conhecimentos metodológicos e os saberes que permeiam as práticas locais do PIM. Na estrutura municipal, estas atividades são exercidas pelos Monitores e integrantes do GTM, favorecendo a composição de olhares múltiplos e ampliados sobre as experiências nos territórios.

No desenho de uma política socioeducativa de visita domiciliar, a escolaridade dos Visitadores figura como um dos fatores que podem definir a eficiência dos serviços. Conforme sua legislação, o PIM possibilita

a contratação de Visitadores com, no mínimo, o ensino médio completo. Conforme informações do Sistema de Informações do PIM (2014), a política conta com o seguinte quadro de Visitadores, considerando sua escolaridade:

Gráfico 01 - Escolaridade dos Visitadores



Fonte: Sistema de Informações do PIM, 2014

Visando ampliar a qualidade do atendimento prestado às famílias, o PIM fomenta a contratação de Visitadores com maior escolaridade e a organização de supervisões regulares, que permitam analisar seu desempenho e traçar planos de formação continuada. Conforme Wasik (1993), a realização de supervisões por profissionais com formação nas áreas de conhecimento afins ao Programa é apontada como uma solução criativa, quando existem limitações para contratar Visitadores Domiciliares com nível superior.

O GTE disponibiliza aos municípios formação permanente e materiais de apoio que favorecem estas ações por suas equipes municipais. Os materiais de apoio compreendem os guias de orientação, cartilhas, ferramentas de planejamento, execução e monitoramento, Coleção Fazendo Arte com o PIM, dentre outros. Estes recursos compõem o currículo do PIM - um conjunto de orientações e atividades lúdicas abrangentes e organizadas de forma semi-estruturada.

2. MODALIDADES DE ATENÇÃO

O PIM realiza duas Modalidades de Atenção: a Modalidade Individual e a Modalidade Grupal, complementadas pela abordagem comunitária. O planejamento das Modalidades de Atenção considera o contexto cultural, as experiências, as necessidades, os direitos e os interesses das famílias, gestantes e crianças. Sua execução ocorre a partir de atividades lúdicas com base em uma concepção ampliada de saúde e de cuidado integral, ocasião em que são abordados aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais do desenvolvimento infantil, além de orientações sobre alimentação e nutrição, promoção da cultura de paz, valorização do meio em que vivem, entre outros. O atendimento inicia, de preferência, no período gestacional e pode seguir até os 5 anos de idade da criança.



Fonte: Banco de Imagens do PIM

A Modalidade de Atenção Individual é realizada semanalmente no domicílio de famílias com gestantes e crianças de 0 a 3 anos de idade, com duração aproximada de uma hora. A Modalidade de Atenção Grupal é dirigida às famílias com crianças a partir de 4 anos de idade, bem como às gestantes. A frequência da modalidade grupal com crianças é semanal e a das gestantes é mensal. Ambas são realizadas em espaços coletivos da comunidade, com duração aproximada de uma hora.

A periodicidade e o tempo de duração dos atendimentos são aspectos primordiais no PIM, pois favorecem a formação de vínculos de afeto e confiança e a melhor adequação das atividades às realidades familiares. As ações do Programa são sistemáticas e abrangem toda a família, sua história, suas vivências e seu contexto atual, conferindo importância à escuta qualificada e resolutiva, além de fortalecer o papel dos sujeitos como promotores do próprio cuidado. Explora a narratividade e a ritmicidade como princípios organizadores do vínculo afetivo, apostando na capacidade das famílias para estabelecerem relações sensíveis e amorosas com suas crianças.

3. POLÍTICA PÚBLICA INOVADORA

A singularidade do PIM enquanto prática realizada junto à família, em sua comunidade, considerando sua história, realidade e contexto, extrapola a concepção de ação pedagógica não institucional.



Fonte: Banco de Imagens do PIM

Sua representatividade enquanto ação efetiva na promoção do desenvolvimento infantil, desde 2003, vem influenciando o panorama social, político e econômico de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. A sua estrutura de funcionamento, metodologia e resultados obtidos a distinguem enquanto tecnologia social de baixo custo voltada para a primeira infância, creditando-lhe reconhecimento e valor social, para além do Estado.

A família constitui-se em espaço privilegiado para a efetivação das ações do PIM. O desenvolvimento das competências familiares caminha lado a lado com o resgate da confiança, autoestima e segurança dos pais/cuidadores para assumirem o protagonismo pelo cuidado, proteção e educação de suas crianças. A ludicidade é o recurso escolhido para viabilizar sua prática. O brincar exerce função indispensável no desenvolvimento das atividades que dão sustentabilidade ao PIM.

A característica intersetorial incluída na proposta do PIM viabiliza não apenas importantes articulações de parcerias, mas a potencialização destas. No PIM, esta estratégia se traduz pela integração de Secretarias de Estado e municípios relacionadas mais diretamente aos compromissos ligados à Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura e outras mais que possam aderir. A presença destas representações administrativas na gestão do Programa supõe não apenas a contribuição sob a forma de ações voltadas à primeira infância, mas também o aporte financeiro para viabilização destas. O caráter político-administrativo que faz parte da intersetorialidade está relacionado à capacidade de visão, cooperação, decisão, vontade política e determinação dos gestores públicos para investir em ações para a primeira infância. O resultado deste movimento é o maior acesso e resolutividade às demandas advindas das famílias.

Os objetivos do PIM estão alinhados às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, ambas pactuadas pelas instâncias que compõem a gestão tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, dentre as estratégias de promoção da equidade em saúde propostas pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, está a de promoção da equidade desde o início da vida. Isso implica a oferta de um conjunto amplo de políticas, programas e serviços para a promoção do desenvolvimento infantil (SCHNEIDER, FRUTUOSO e CATANELI, 2015). A CDSS sugere tomar como ponto de partida os Programas de sobrevivência infantil, e agregar a essas intervenções componentes de promoção do desenvolvimento sócio emocional, cognitivo e da linguagem, tal como é realizado pelo PIM. É importante ressaltar que, além destas, o PIM está também alinhado com a Política Nacional de Assistência Social - Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e com o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.

Entre as ações desenvolvidas pelo Primeira Infância Melhor, destacam-se:

- promoção de atividades lúdicas que qualificam as relações familiares e comunitárias que contribuem para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano;
- elaboração conjunta de planos singulares de atenção e cuidado às famílias com as equipes de atenção básica em saúde, de educação e proteção social básica;
- apoio à busca ativa de gestantes para encaminhamento ao pré-natal;
- identificação de gestantes, crianças e suas famílias em situação de risco e violência;
- incentivo ao aleitamento materno e à nutrição saudável das gestantes e crianças;
- promoção da atenção e vigilância em saúde;
- colaboração para a redução da morbimortalidade materna e infantil;
- fortalecimento das orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, atenção humanizada à gestação, parto e puerpério;
- contribuição para a garantia dos direitos da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- promoção da cidadania, por meio de orientações sobre os direitos e as responsabilidades da convivência familiar e comunitária.

4. ATENÇÃO ÀS COMUNIDADES INDÍGENAS E QUILOMBOLAS E À POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

Indo ao encontro de seu objetivo maior de orientar às famílias a partir de sua cultura e experiências, o Primeira Infância Melhor empenha-se em promover ações fundamentadas no princípio da equidade, onde as especificidades sociais, culturais e históricas de cada contexto compõem o conjunto de referências essenciais para a condução de suas práticas. Ao respeitar e valorizar os saberes e práticas dos diferentes territórios onde está implantado, o PIM reforça sua capacidade de acolher a pluralidade das populações, tornando sua intervenção significativa para toda a comunidade e família atendida. Os determinantes sociais de saúde aos quais

estão submetidas as comunidades tradicionais Quilombolas e Indígenas e as populações privadas de liberdade tornam a experiência do PIM nestes espaços um exemplo do exercício de conciliação de sua metodologia com as necessidades específicas destes grupos.

Em áreas indígenas e quilombolas este exercício inicia com a realização de um Mapeamento Cultural, instrumento aplicado pelos integrantes do GTM, com envolvimento de Visitadores Indígenas já selecionados para o PIM. Este instrumento favorece a aproximação com a cultura da comunidade e pressupõe um enfoque psicossocial que contempla o viver cultural em família e em sociedade. O Mapeamento Cultural abrange aspectos como valores, histórias, crenças e religiosidade, rotinas, hierarquias sociais, coletividade/cooperatividade e consciência ambiental das comunidades. O Primeira Infância Melhor acredita que o empoderamento das raízes sócio-histórico culturais pode propiciar uma melhor inclusão social das comunidades indígenas e quilombolas, possibilitando-lhes transitar em outras culturas sem se permitir aculturar-se.

Inserido em um presídio feminino referência no estado do RS para receber gestantes e mães com filhos nascidos durante o aprisionamento, o PIM realiza visitas semanais onde organiza atividade em grupos com gestantes e mães. As ações visam à promoção do desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até o primeiro ano de vida, durante sua permanência no estabelecimento prisional (Unidade Materno Infantil - UMI), e a garantia da vinculação a programas que promovam o desenvolvimento da primeira infância, incluindo os aspectos físico, psicológico, intelectual e social, após sua saída. Dada à singularidade do território, além de orientar as mães e gestantes, o trabalho visa garantir acesso a uma política pública materno-infantil (linha de cuidado), que venha minimizar a vulnerabilidade da população privada de liberdade, bem como, apoiar a reinserção da criança na família extensa/ampliada.

As orientações e atividades desenvolvidas tanto nas áreas indígenas como no presídio, são balizadas pela ludicidade. O brincar é investigativo, exploratório, experimental. Ao brincar, a criança utiliza todos os seus sentidos – audição, visão, paladar, tato, olfato e movimento, para coletar informações sobre o seu mundo. Isto possibilita a construção do conhecimento.

5. DESAFIOS ENFRENTADOS

A capacidade de concretização desta política pública inclui aspectos diversos da realidade social, política e econômica do Estado do RS e de seus municípios. São questões administrativas e legais que fazem parte do contexto da gestão estadual e municipal, por onde transitam suas especificidades. A incipiência da temática primeira infância nas políticas públicas se reflete, por exemplo, na ausência de leis locais específicas que ofereçam respaldo efetivo para as questões de contratação dos Visitadores domiciliares – isto representa um grande entrave administrativo aos gestores. O suporte legal do PIM ainda não teve seu complemento em leis suficientemente abrangentes que possam responder integralmente às exigências do Tribunal de Contas.

CONTRATAÇÃO DOS VISITADORES DOMICILIARES DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR – PIM

A adesão ao PIM reflete o comprometimento das administrações municipais em fortalecer suas ações na promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. Para garantir que famílias com gestantes e crianças de até 06 anos recebam atenção semanal, por meio de visitas domiciliares e atividades grupais, os

Municípios constituem um Grupo Técnico Municipal-GTM, composto por representantes das Secretarias da Saúde, Assistência Social e Educação, responsáveis pela gestão do Programa e pela supervisão e acompanhamento aos Monitores e Visitadores, que realizam o trabalho junto às famílias e comunidade.

COMPOSIÇÃO E PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES MUNICIPAIS DO PIM

A responsabilidade na seleção e contratação dos Visitadores do PIM é dos municípios, através das prefeituras, bem como a remuneração e encargos dos profissionais, que atuam nas atividades da Política. É na etapa de adesão que os Gestores e equipes municipais decidem a forma de contratação, de acordo com o aparato legal da política e respaldo do departamento jurídico das Prefeituras. Esta escolha depende de diferentes fatores, entre eles o regime jurídico do município e a capacidade de contratação dos seus profissionais.



Atualmente, os municípios apresentam diferentes formas de contratação, porém a criação do cargo de Visitador do PIM se torna necessária, quando a gestão opta pela realização de Seleção Pública para o cargo. Este deverá estar em consonância com as Leis Estaduais 12.544/2006 e 14.594/2014 e demais legislações, de modo a respaldar a definição das funções e atribuições do Visitador, conforme Portaria 578/2013:

- sensibilizar as famílias e comunidades para o objetivo do Programa Rede Cegonha /PIM, destacando a importância do cuidado e da educação na primeira infância e a relevância do apoio familiar na promoção do desenvolvimento integral da criança, desde a gestação;
- planejar e executar atendimentos, em conformidade com a Metodologia do PIM, voltados para a gestante e criança, considerando o seu contexto familiar, comunitário e cultural, com apoio das Redes de Serviços;
- fortalecer as competências familiares para cuidar e educar suas crianças, elegendo orientações e atividades que contribuam para o fortalecimento dos vínculos afetivos e para o desenvolvimento da capacidade das crianças para aprender e se desenvolver;

- acompanhar os resultados da intervenção do PIM em relação aos ganhos das famílias, gestantes e crianças, bem como preencher as documentações previstas na Metodologia do PIM;
- comunicar ao Monitor e/ou GTM sobre situações identificadas em sua rotina de atendimentos que possam comprometer o desenvolvimento saudável das famílias, gestantes e crianças;
- participar das formações promovidas pelo GTM e/ou Monitor e das demais formações sobre temas afins à política, disponibilizadas no município.

Vale destacar que, para permanência e segurança das equipes, é fundamental a institucionalização da política pela gestão municipal e sensibilização do legislativo local.

Entre os vários exemplos desta iniciativa no Estado, temos o Município de São João do Polêsine, localizado na região central do Rio Grande do Sul, a 273 km de Porto Alegre. Com 85,6 Km² e 2,365 habitantes (IBGE, 2010), implantou o PIM em 26 de julho 2004 e, atualmente, conta com cinco Visitadores atendendo cerca de 80 famílias com gestantes e crianças, inclusive na área rural.

A seguir, apresentamos o relato desta experiência, através da Gestora Municipal:

CRIAÇÃO DO CARGO PÚBLICO DE VISITADOR DO PIM

Valserina Maria Bulegon Gassen

Prefeita de São João do Polêsine, RS

A exemplo de outros, o Município de São João do Polêsine/RS oferece uma contribuição de mais de uma década de implementação do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), evidenciando a relação direta entre a qualidade do Visitador Domiciliar e a qualidade da intervenção. O maior desafio enfrentado adveio do fato de que os visitadores domiciliares eram profissionais com regime de trabalho temporário, cuja atividade não estava prevista como cargo efetivo e com baixa remuneração. O investimento em sua formação não gerava retorno substancial ao Programa, pois uma vez qualificados e com experiência já consolidada, tinham seu contrato encerrado ou alcançavam empregos melhor remunerados, além do rompimento do vínculo construído com as famílias.

Em resposta a esta problemática, a gestão amparou-se nos art. 14, § 5º do PL 6.998/2013, que propõe - “Os programas de visitas domiciliares voltados ao cuidado e educação na Primeira Infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada”. Com isso, o Município de São João do Polêsine-RS protagonizou uma modalidade de execução desta proposta por meio da criação do cargo público de Visitador do PIM (Projeto de Lei 020, de 24 de outubro de 2014). Esta lei definiu o profissional para o cargo de *Agente Visitador do PIM*, responsável pelo atendimento domiciliar às famílias, por meio de atividades específicas, cujas atribuições são:

- realizar o trabalho diretamente com as famílias e comunidades, orientando-as e capacitando-as para realizar as atividades de estimulação para o desenvolvimento integral da criança, desde a gestação;
- orientar as famílias sobre as atividades de estimulação e cuidado adequados, a partir do diagnóstico inicial da família, da gestante e da criança (marco zero do desenvolvimento infantil);
- acompanhar a qualidade das ações educativas realizadas pelas próprias famílias junto às crianças e as ações realizadas pelas gestantes e suas famílias;

- acompanhar os resultados alcançados pelas famílias, crianças e gestantes. Planejar e executar as Modalidades de Atenção Individuais e Grupais;
- planejar e executar o cronograma de visita às famílias;
- participar das Formações Iniciais e Continuadas de Visitadores, realizadas pelo Monitor/GTM e outras disponibilizadas pelo município. Receber formação e capacitação necessárias;
- realizar leitura do contexto familiar e identificar possíveis demandas, contribuindo para a melhor articulação de ações em rede na atenção e o cuidado necessário;
- comunicar ao GTM a percepção e/ou identificação de suspeita da violência doméstica e crianças portadoras de deficiência, preencher documentos, elaborar relatórios;
- exercer demais atividades correlatas ao emprego.

Outros requisitos foram idade mínima de 18 anos; nível médio completo de instrução e ou cursando graduação nas áreas de saúde, educação ou serviço social, acrescido de curso introdutório específico realizado pelo GTM, com duração de 60 (sessenta) horas a 180 (cento e oitenta) horas. Como condições de trabalho, especificou a carga horária de 30 horas semanais e a previsão de que o cargo poderia exigir a “prestação de serviços fora do horário do expediente normal, inclusive aos sábados, domingos e feriados, de acordo com necessidades específicas de algumas famílias, bem como estarem sujeitos a frequentar cursos, usar uniforme e equipamentos de proteção individual”.

Após aprovação dessa lei, foi realizado concurso público em 18 de outubro de 2015, para ocupação das quatro vagas instituídas.

A partir da criação de uma carreira em que se viabiliza a permanência daquele profissional, tem-se a expectativa da melhoria do atendimento pelo acúmulo do conhecimento metodológico e pela continuidade dos vínculos estabelecidos com a família e com a comunidade, favorecendo o protagonismo familiar na promoção do desenvolvimento de seus filhos.

A criação do cargo, temos consciência, representa um avanço. Entretanto, para cumprir com os objetivos do Programa, o Visitador deverá ser acompanhado desde o estágio probatório a que estão sujeitos todos os servidores públicos, através de capacitação, supervisão e de avaliação de suas atividades

A superação de práticas fragmentárias na atenção a estas populações é outro fator de grande relevância na perspectiva da concretização das ações. Mais uma vez, o recurso da intersetorialidade vem acrescentar conteúdo e sentido à prática proposta. A instabilidade política causada pelas mudanças provocadas pelo ciclo eleitoral em nível de estado e municípios, ocorridas a cada dois anos, alternadamente, interfere sobretudo nas prioridades das administrações e diretrizes orçamentárias das respectivas instâncias de gestão, impactando a dinâmica de funcionamento do Programa, podendo ocasionar a descontinuidade de estratégias definidas anteriormente. As diferenças nas estruturas municipais que devem executar o trabalho na ponta são igualmente fatores que interferem no desenvolvimento e gestão do PIM.

Outra questão desafiadora na realização desta política pública são as diferenças em relação ao contexto sociocultural, histórico e étnico da população de cada município. Sendo esta uma experiência subjetiva em sua integralidade e essência, é natural que o singular em cada um seja não apenas respeitado, mas, sobretudo, valorizado e devidamente explorado enquanto via de acesso ao universo do outro. Assim, ajustar os objetivos

de uma metodologia levando em conta tais diferenças de realidade e vivência demanda uma apropriação ótima da metodologia e dos conteúdos que dão substância à aplicação prática desta. Para tanto, estudos sistemáticos sobre as temáticas que envolvem o desenvolvimento da primeira infância são indispensáveis à equipe de gestão e aos Visitadores do PIM. Para estes últimos, é fundamental que, além de conhecimentos, tenham uma definida aptidão para o trabalho com crianças, famílias e comunidade, além de perfil adequado, pautado por uma necessária postura ética, cuja base seja coerente com valores humanos e de cidadania. A seleção adequada dos Visitadores domiciliares é outro fator que interfere significativamente no bom desenvolvimento da política.



Fonte: Banco de Imagens do PIM

No monitoramento e avaliação da Política, cabe o desafio de fortalecer constantemente a cultura de registro e análise de informações para inserção de dados e o uso adequado do Sistema de Informações do PIM.

A temática da diversidade encontra espaço nas ações do PIM, que está alinhado às políticas de inclusão, levando em conta as diferenças culturais e étnicas que caracterizam o estado do RS. Tal agregação contribui para a revitalização das culturas a partir das próprias comunidades, promovendo o fortalecimento da autoestima e da identidade étnico-racial. No entanto, contemplar de modo justo e satisfatório as múltiplas peculiaridades, a partir de uma perspectiva de promoção da equidade, constitui desafio igualmente importante.

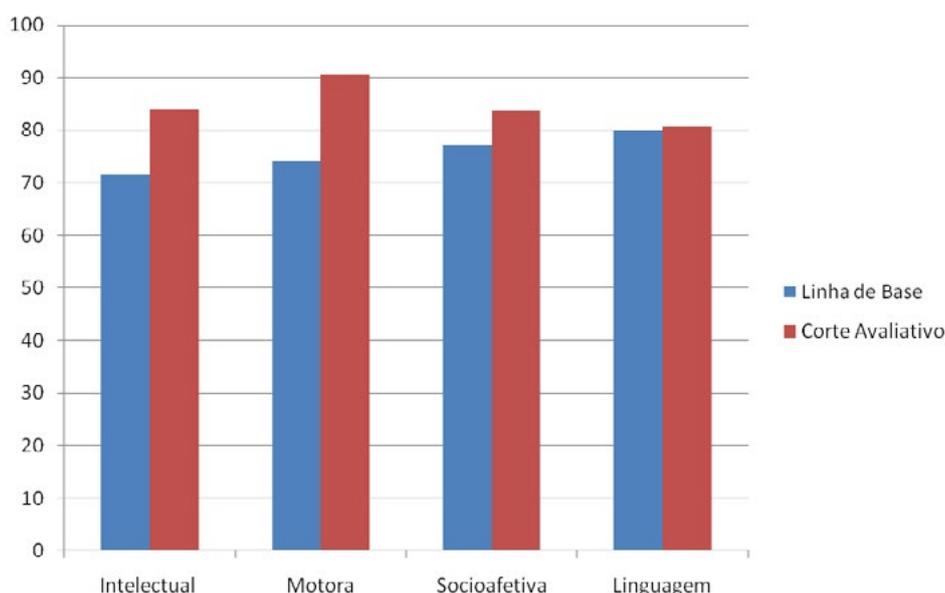
6. AVALIAÇÕES DO PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Desde sua implantação, o PIM foi objeto de quatro avaliações externas, além de ser campo de estudo para dissertações de mestrado e teses de doutorado. O CELEP/Cuba realizou duas avaliações parciais do

PIM. A primeira delas ocorreu em 2005 com uma amostra de cinco municípios de diferentes regionais do Estado. Na oportunidade, foram investigadas as diferentes estruturas da Política com foco nos ganhos em desenvolvimento obtidos pelas crianças atendidas nas dimensões afetiva, motora, cognitiva e da linguagem. Os resultados alcançados serviram para aperfeiçoar a proposta em sua fase ainda inicial de implantação.

Foi possível identificar a importância do Programa para a melhoria da qualidade de vida das famílias, quando 54% das famílias acreditava que o PIM auxilia na orientação de como brincar com a criança, 52% aponta que o Programa apresenta alternativas para o estímulo ao seu desenvolvimento integral e 40% relatam a oportunidade da criança e da família construírem vínculos afetivos, através de atividades lúdicas. Nesta primeira avaliação, há que se destacar os avanços no desenvolvimento das crianças do PIM, quando comparado seu desempenho no momento do corte avaliativo em relação ao seu desempenho na linha de base, segundo as Dimensões do Desenvolvimento, conforme apresentado no Gráfico 01:

Gráfico 01 - Comparativo do Desempenho das Crianças PIM na Linha de Base e no Corte Avaliativo



No ano de 2010, o Programa já atingia mais da metade dos municípios gaúchos e se considerou necessário investigar a qualidade alcançada na sua implementação, quando o CELEP/Cuba desenvolveu um estudo de intervenção envolvendo 16 municípios do Estado. Nele foi possível demonstrar os resultados do PIM em diferentes dimensões do desenvolvimento infantil. Em especial, verificou-se o impacto no desenvolvimento das crianças atendidas pelo PIM em comparação com aquelas que não haviam recebido nenhum tipo de intervenção educativa. Também foi possível confrontar os ganhos de desenvolvimento das crianças PIM no momento do corte avaliativo em relação com os ganhos apresentados em sua entrada no Programa. No total, participaram 772 crianças do PIM e 148 crianças do grupo controle.

As crianças participantes do PIM atingiram percentuais mais elevados nas dimensões sócio-afetiva, cognitiva, motora e da linguagem do que as crianças do grupo controle. Análises estatísticas mostraram que essas diferenças foram significativas. Os percentuais atingidos pelas crianças após a participação no Programa foram significativamente maiores do que aqueles encontrados na linha de base.

Quadro 01 - Resumo dos resultados encontrados (CELEP/2010):

Comparativo entre o desempenho das Crianças do PIM e das Crianças do Grupo Controle		Comparativo entre desempenho apresentado pelas Crianças PIM na Linha de Base e no Corte Avaliativo	
Dimensões do Desenvolvimento	Diferença apresentada pelas crianças PIM (%)	Dimensões do Desenvolvimento	Evolução apresentada (%)
Sócio-afetiva	16,36%	Sócio-afetiva	13,8%
Motora	23,36%	Motora	20,26%
Cognitiva	8,04%	Cognitiva	10,59%
Linguagem	10,24%	Linguagem	14,88%

Ainda no ano de 2010, foi realizada pela Universidade McMaster do Canadá, a avaliação do PIM em relação à prontidão para a escola de crianças entre 4 a 6 anos utilizou o instrumento *Early Development Instrument (EDI)*, uma medida do desenvolvimento infantil saudável no período de entrada das crianças na escola. Elaborado no Canadá pela Dra. Magdalena Janus e pelo Dr. Dan Offord, do *Offord Centre for Child Studies* na Universidade McMaster, o EDI foi adaptado para uso no RS como uma medida de avaliação do PIM.

O delineamento deste estudo foi desenvolvido pelo Dr. Rodrigo Pinto, sob a orientação do Dr. James Heckman. Envolveu 8 municípios do RS, abrangendo 670 crianças com idade entre 4 e 6 anos em seu 1º ano de escola (433 do grupo PIM e 237 do grupo controle). Nas famílias com crianças atendidas pelo PIM, foi verificada uma diferença significativa na participação dos pais na vida escolar das crianças; redução da vulnerabilidade à aprendizagem das crianças nascidas de mães com baixo nível de escolaridade; redução da vulnerabilidade à aprendizagem, especialmente entre os meninos e maior impacto no desenvolvimento das crianças que participaram do PIM durante mais de dois anos.

Em 2014, a Fundação Getúlio Vargas (FGV) desenvolveu a Avaliação para Melhora da Relação Custo-Efetividade, Qualificação e Expansão do PIM. Esse estudo teve como objetivo favorecer a elaboração de mecanismos de acompanhamento, monitoramento e aferição de impacto do PIM, de forma a produzir recomendações para o aperfeiçoamento da gestão de políticas públicas para a primeira infância.

Dentre as ações desenvolvidas, esteve a aplicação de um estudo que contemplou entrevistas e grupos focais com diferentes atores do PIM. Para a dimensão quantitativa, foram entrevistadas 1.600 famílias de 39 municípios. Os resultados desta fase revelaram a percepção das famílias atendidas em relação ao Programa em diferentes aspectos, dentre os quais se destacam:

Quadro 02 - Resumo dos resultados da avaliação (FGV/2014):

Percepção das Famílias com Relação ao PIM Aspectos avaliados	Percentual de respostas
Acredita que as orientações do PIM contribuem para a melhora das condições de vida da criança no futuro	95%
Identifica impacto no desenvolvimento integral de suas crianças	94%
Possui alto grau de confiança no Programa	92%
Avalia que o PIM melhora os cuidados com a saúde das gestantes e crianças	92%
Verifica impacto positivo no seu protagonismo (preparo para cuidar e educar)	87%
Avalia como bom ou ótimo o serviço	87%
Considera que a participação no PIM mudou seu relacionamento com a criança	85%
Avalia que o PIM melhora a relação com a Rede de Serviços	82%
Realiza as atividades propostas pelo PIM durante a semana	79%

O amadurecimento de uma política pública está relacionado a sua capacidade de percorrer seu ciclo sequencial e interrelacionado de planejamento, implantação, implementação, monitoramento, avaliação e replanejamento. Este percurso favorece a análise de suas proposições e expectativas iniciais e promove tomadas de decisões e ajustes de percursos fidedignos às reais necessidades de aprimoramento. Nesta perspectiva, o PIM busca constantemente reconhecer seus desafios e organizar estratégias que justifiquem o investimento realizado e beneficiem o alcance de seus objetivos. A cultura de monitoramento e avaliação permanente adotada pelo Programa tem contribuído para a qualificação de suas ações e, sobretudo, para o reconhecimento de sua relevância para a promoção da qualidade de vida das famílias e comunidades.

7. O PIM COMO REFERÊNCIA METODOLÓGICA NO CUIDADO COM A PRIMEIRA INFÂNCIA NO PAÍS

Os processos de aprimoramento do Primeira Infância Melhor por meio de suas avaliações e lições aprendidas nas práticas cotidianas contribuíram para o acúmulo de saberes, traduzidos em ferramentas e métodos de trabalho que consolidaram o reconhecimento do PIM enquanto tecnologia de desenvolvimento e transformação social. Afirmado como uma ação inovadora e com efeitos significativos, o PIM tem sido constantemente solicitado a compartilhar e replicar sua experiência no Brasil e no mundo.

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) passou a utilizar a metodologia do PIM como base para o desenho de projetos pilotos de visita domiciliar com vistas ao estímulo do desenvolvimento na primeira infância, em diferentes regiões do País, com apoio técnico da equipe do PIM. Dois exemplos são as iniciativas “Cresça com seu Filho” de Fortaleza/CE e “São Paulo Carinhosa”, da cidade de São Paulo. Em parceria com o MS, o PIM colaborou na elaboração da nova Caderneta da Criança e na elaboração de formações para as equipes de Atenção Básica sobre a temática do desenvolvimento infantil. Também influenciou a construção dos eixos que referenciam o desenvolvimento na primeira infância da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança do Ministério da Saúde (PNAISC/2015).

Várias cidades e estados brasileiros têm buscado mais informações sobre esta política pública. Atualmente, encontra-se em pleno exercício de cooperação técnica e metodológica com os municípios de Vila Velha (ES) e Munhoz de Melo (PR). Além disso, é referência para o Projeto Primeira Infância Ribeirinha, que atua junto às comunidades ribeirinhas no Estado do Amazonas.

A importância deste trabalho tem conquistado respeito, valor e apreço por parte de gestores públicos e técnicos, que percebem na singularidade desta política o potencial de mudança na estrutura social, afetiva e humana das famílias e comunidades, sobretudo para aquelas em situação de risco e vulnerabilidade social, contribuindo para a redução das desigualdades sociais no país.

8. O FUTURO SENDO CONSTRUÍDO NO PRESENTE

Ao longo de sua trajetória, o Primeira Infância Melhor vem possibilitando transformações significativas na vida das famílias atendidas. Através de suas ações, sempre implicadas e somadas às redes de serviços, de modo a viabilizar o acesso a direitos e a participação efetiva dos indivíduos no viver da comunidade, o PIM baliza sua atuação, partindo da proteção dos direitos negativos à promoção dos direitos positivos.

Guiado por princípios éticos e democráticos, reconhecendo a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, o PIM promove e fortalece as competências familiares para cuidar e zelar do desenvolvimento

integral de suas crianças, impactando positivamente em todo o ciclo de vida, ou seja, no presente e no futuro desses indivíduos, além de prevenir e minimizar dificuldades de aprendizagem, violência, drogadição, evasão escolar, entre outros. Portanto, quanto mais equitativa for a atenção, o afeto e a estimulação recebidas na primeira infância, menor será a desigualdade entre os adultos, em seus resultados e realizações, nivelando seus pontos de partida.

Em um país com problemas tão importantes e complexos como o Brasil, de desigualdades sociais extremas, violência, falta de segurança e desrespeito aos direitos humanos mais elementares, investir na primeira infância constitui-se em uma estratégia política da mais alta relevância. Seus resultados, em curto, médio e longo prazo, para além da história individual de cada criança, contribuem para mudar os rumos do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSWORTH, M.D., BLEHAR, M.C., WATERS E.; WALL S. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers Hillsdale, 1978.

BOWLBY, J. *Apego e perda: Apego*. São Paulo: Martins Fontes. Vol 1, 1969/1990.

_____. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 1976/1995.

DRÜGG, Carolina de Vasconcellos. *Formação e desempenho do visitador na prática socioeducativa do Programa Primeira Infância Melhor. Dissertação* (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

LEI ESTADUAL 12.544. *Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras Providências*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 03 de julho de 2006.

LEI Nº 14.594/2014. *Introduz modificações na Lei Estadual 12.544. Institui o Programa Primeira Infância Melhor e dá outras Providências*. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 28 de agosto de 2014.

GUIA DA FAMÍLIA. – 5. Ed. – Porto Alegre: Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas (CORAG), 2012.

MCCAIN, M.N., MUSTARD, J.F., & McCUAIG, K. *Early Years Study 3: Making Decisions, Taking Action*. Toronto, ON: Margaret & Wallace McCain Family Foundation, 2011.

RIBAS, A.F., SEIDL de MOURA, M.L.; JUNIOR, R.R. Responsividade Materna: Levantamento Bibliográfico e Discussão Conceitual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (1), 137-145, 2003.

SCHNEIDER, A., Frutuoso, J.; CATANELI, R. A primeira infância e a atuação do CONASS. *Boletim do Instituto de Saúde* 2015;16 (1): 6-13. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_16_1_julho_2015.pdf

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V.R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>

SHONKOFF, J.P.; PHILLIPS, D.A. *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

WASIK, Barbara Hanna. *Staffing Issues for Home Visiting Programs*. *The Future of Children*, 3 (3), 140-159, 1993.

WINNICOTT, D.W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1993.

PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA: INDUZINDO E FORTALECENDO POLÍTICAS PÚBLICAS

Ana Elizabeth de Andrade Lima

*Coordenadora do Programa Mãe Coruja Pernambucana
Diretora-Geral de Gestão do Cuidado e das Políticas Estratégicas na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Mestra em Saúde Pública pela Universidade de Leeds – Inglaterra*

Cristina Pinheiro Rodrigues

*Mestre em Saúde Pública, CPqAM/Fiocruz Recife/PE
Médica Epidemiologista do Ministério da Saúde*

Lusanira Maria da Fonseca Santa Cruz

*Doutora em Saúde Coletiva – FOP/UPIMC
Assessora Técnica do Programa*

Maria da Conceição Silva Cardozo

*Mestre em Epidemiologia – NUSP/UFPE
Coordenadora Técnica Estadual do Programa Mãe Coruja Pernambucana*

Tânia Maria de Andrade Lima

*Mestre em doenças Infecciosas e Parasitárias – UFPE
Coordenadora Técnica do Programa Mãe Coruja Pernambucana*

Virgínia Maria Holanda de Moura

*Mestranda em Políticas Públicas – UFPE
Gerente de Acompanhamento das Ações do Programa Mãe Coruja Pernambucana*

1. POR QUE IMPLANTAR O PROGRAMA

Em 2007, Pernambuco apresentava um cenário marcado pela desigualdade, onde as regiões do estado mostravam diferenças significativas. O Sertão do Araripe, e o do Moxotó detinham os piores indicadores de mortalidade infantil, seguidos pelo Sertão do São Francisco, Sertão Central e Agreste Meridional.

Quanto à mortalidade materna, entre 2006 e 2008, Pernambuco apresentou Razão de Morte Materna (RMM), respectivamente de 71,73/100.000 nascidos vivos, 72,61/100.000 nascidos vivos e 73,62/100.000 nascidos vivos, o que segundo parâmetros da Organização das Nações Unidas (ONU) é classificado como elevada. Entre as regiões do estado, na média do período, o Agreste Meridional teve uma taxa de 109,26/100.000 nascidos vivos, o Sertão do São Francisco 99,89/100.000 nascidos vivos e o Sertão Central 99,78/100.000 nascidos vivos, foram aquelas que apresentaram valores mais altos.

O Programa Mãe Coruja Pernambucana insere-se na perspectiva de garantir os direitos reprodutivos das mulheres e o direito à infância desde o primeiro ano de vida, de forma a contribuir diretamente para a redução de indicadores e estatísticas materno-infantis, persistentes no Estado de Pernambuco. O Programa Mãe Coruja Pernambucana alicerça-se em dois pilares:

- a. Reconhecimento dos direitos das mulheres, visto que são elas que engravidam e quando não acompanhadas de forma sistemática e plena pelo Estado, pela sociedade e pela família são as que mais sofrem consequências, muitas vezes, irreversíveis;
- b. Entendimento da infância como um dos universos etários prioritários na formulação de políticas sociais, conforme preconizado pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

A garantia dos direitos reprodutivos liga-se diretamente ao campo da saúde e se faz mediante a efetivação de políticas públicas que permitam às mulheres desenvolverem uma gravidez e realizarem um parto assistidos e às crianças um nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O horizonte ético de uma proposta voltada para a redução da mortalidade materno-infantil é o próprio compromisso de promoção da saúde e do desenvolvimento de mulheres gestantes e crianças de 0 a 5 anos. Este compromisso toma forma de ação governamental efetiva através da identificação e articulação de eixos estratégicos, assim como dos objetivos e competências institucionais específicas. Esse processo se estabelece a partir da confirmação da gravidez pela rede de saúde, seguida do acompanhamento do pré-natal com estímulos ao fortalecimento das relações familiares, esforços para a vinculação à maternidade, onde ocorrerá o parto humanizado, estendendo-se à segurança alimentar e nutricional sustentável de mãe e filho(a); até o estímulo à autonomia socioeconômica através do direito à documentação, da oferta de formação e profissionalização para as mulheres atendidas.

É no entrelaçamento dessa teia social que o Programa Mãe Coruja Pernambucana apresenta-se. Na conjunção de objetivos, eixos estratégicos, justificativas e metodologias; na garantia dos direitos das mulheres e de suas famílias.

O Programa foi então implantado no Estado em outubro de 2007, oficializado pelo Decreto nº 30.353, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, através de ações estratégicas articuladas e inter-setoriais dos eixos de saúde, educação e desenvolvimento social, cuidando de forma ampla da mulher e das crianças; fortalecendo os vínculos afetivos; promovendo uma gestação saudável; e garantindo às crianças nascidas no território pernambucano o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

Em 15 de dezembro de 2009, tornou-se política pública no Estado pela Lei nº 13.959, que estabeleceu uma modalidade de trabalho integrada em defesa da vida. As Secretarias de Saúde; Educação; Desenvolvimento Social, Criança e Juventude; Mulher; Planejamento e Gestão; Agricultura e Reforma Agrária; Micro e Pequena Empresa, Trabalho e Qualificação; Gabinete do Governador trabalham juntos, com ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças. Com a evolução do Programa, em 2015, as Secretarias de Ciência e Tecnologia; Turismo, Esporte e Lazer; Cultura e o Gabinete de Projetos Especiais passaram a integrar o programa e vem construindo ações nestas áreas, de acordo com as necessidades do Programa.

O Mãe Coruja Pernambucana foi implantado nas 12 regiões do Estado, gradativamente ao longo dos anos e está atualmente implantado em 105 municípios do Estado, sendo os Municípios de Recife e Ipojuca de gestão municipal com cooperação técnica do Estado. Conta com 147.987 mulheres cadastradas e 85.397 crianças acompanhadas⁴.

4 Fonte: SIS Mãe Coruja – Dados de 2008 a Outubro/2015, sujeitos a alteração.

Figura 1 - Distribuição dos Cantos Mãe Coruja nos 105 municípios durante o período de 2007 a 2015.



Fonte: Banco de dados do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

2. MODELO DE GESTÃO

O Programa tem Modelo de Gestão Intersetorial, Integrado e Descentralizado: Uma construção integrada desde o planejamento, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Integram o programa 13 secretarias: Gabinete do Governador; Gabinete de Projetos Estratégicos; Secretaria de Saúde; Secretaria de Educação; Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude; Secretaria da Mulher; Secretaria de Planejamento e Gestão; Secretaria de Agricultura e Reforma Agrária; Secretaria de Micro e Pequena Empresa, Qualificação e Trabalho; Secretaria de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Cultura; Secretaria de Turismo, Esporte e Lazer e a Assessoria Especial do Governador.

Enfrentar as questões intersetoriais exige das autoridades, gestores e técnicos conhecer a realidade, focalizar as políticas públicas com planejamento e decisões racionais para priorizar esse ou aquele tipo de ação que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos escassos recursos para a promoção de políticas sociais. O Programa Mãe Coruja estruturou-se a partir de um modelo de gestão por resultado utilizando o trabalho intersetorial e o monitoramento integrado baseados na leitura sistemática do território e ferramentas de planejamento como a criação de um sistema de informações próprio do Programa: o SIS Mãe Coruja – a sala de situação.

A gestão integrada é um espaço de pactuação e monitoramento entre todos os gestores envolvidos na gestão do Programa. É constituído por:

- a. Um Conselho Consultivo, formado pelos secretários e coordenado pela pessoa designada por ato do governador;
- b. Um Comitê Executivo, formado pelos representantes das secretarias que compõem o Programa, coordenado pela Secretaria de Saúde;

- c. 12 (doze) Comitês Regionais, localizados nas Gerências Regionais de Saúde (GERES) e coordenados pelos Coordenadores Regionais do Programa com a participação de representantes municipais da região;
- d. 103 (cento e três) Cantos Mãe Coruja, localizados nos municípios do Programa, com 2 (dois) profissionais de monitoramento e gestão do estado, trabalhando em parceria com municípios, sociedade civil, universidades e organizações não governamentais.

O Canto Mãe Coruja é uma estrutura matricial de coordenação do cuidado para gestantes e crianças, a partir do acolhimento, cadastramento e monitoramento de todas as ações do programa no município.

Figura 2 – Estrutura do Programa Mãe Coruja Pernambucana.



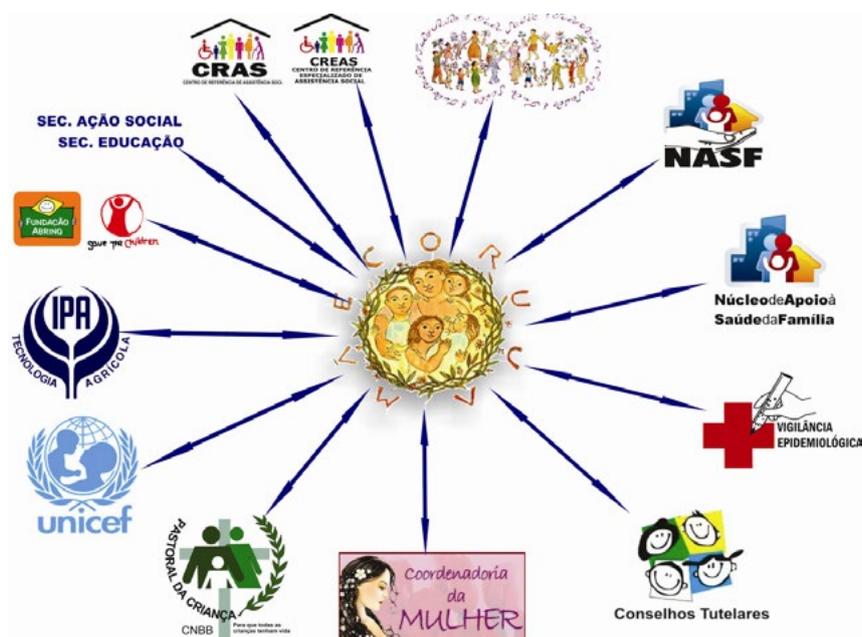
Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

Figura 3 - Modelo Integrado de Gestão



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

Figura 4 - Rede Intersetorial e Integrada no território



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

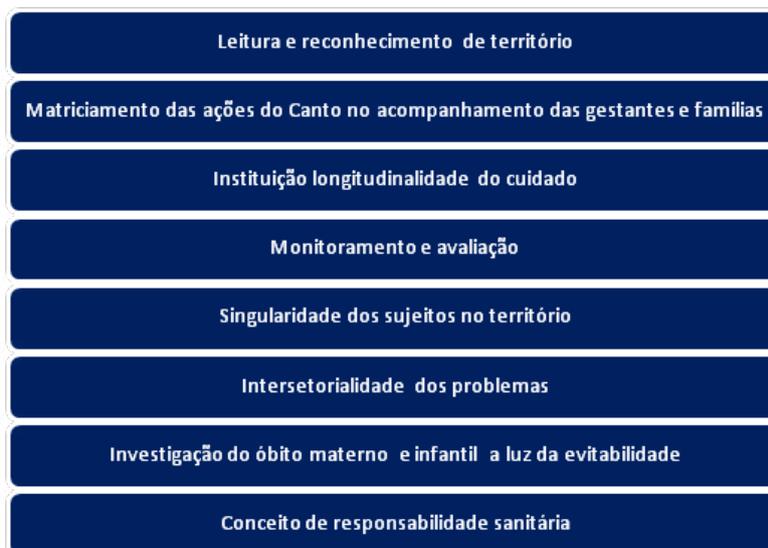
O Programa Mãe Coruja Pernambucana está inserido no modelo de gestão estadual com foco em resultado. Agrega instrumentos como o mapa da estratégia do estado, do programa, sala de situação em todos os Cantos Mãe Coruja e o monitoramento permanente de todas as ações, entre as quais a vigilância dos óbitos infantis e maternos. É meta prioritária de governo, sendo monitorado pelo governador do estado mensalmente.

A gestão e monitoramento do Programa são descentralizados e ascendentes percorrendo os níveis local, regional, estadual e coordenação central do Programa, da qual participam as Secretarias que fazem parte do Programa e o próprio Governador.

A inclusão social da mulher e sua família saem do paradigma biológico para o da promoção social, criando uma “Rede de Cuidado” Intersetorial.

Neste contexto, são realizadas ações de fortalecimento e empoderamento das mulheres como os círculos de educação e cultura, cursos de qualificação profissional, oficinas de segurança alimentar e nutricional, inclusão em programas sociais através dos Centros Regionais de Assistência Social, fornecimento de kits do bebê para as gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal realizadas, fortalecimento da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, reorganização da rede de atenção ao parto. As crianças cadastradas no programa são acompanhadas por ações de incentivo do aleitamento materno, da imunização, do acesso ao registro de nascimento e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Figura 7 - Rotina do Processo de Monitoramento e Avaliação



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

Figura 8 - Mapa da Estratégia do Governo de Pernambuco 2007-2014; 2015-2018.



MAPA DA ESTRATÉGIA 2015-2018



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

Figura 9 - Plataforma do Sistema de Informações do Programa Mãe Coruja Pernambucana



Fonte: Programa Mãe Coruja Pernambucana – Governo de Pernambuco.

Quadro 1. Sala de Análise Situacional do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

SAÚDE				
Mulher/Gestante				
INDICADORES	Meta Anual		TOTAL ACUMULADO	META Alcançada (%)
	Nº	%		
Gestantes Cadastradas ***				
Gestantes de Risco				
Gestantes Adolescentes				
Gestantes com vacina de dT (Difteria e Tétano) atualizada pelo cartão pré-natal				
Nº de óbitos maternos				
Segurança Alimentar e Nutricional da Família				
INDICADORES	Nº	%	TOTAL ACUMULADO	META Alcançada (%)
Segurança Alimentar				
Insegurança Alimentar Nutricional Leve				
Insegurança Alimentar Nutricional moderada				
Insegurança Alimentar Nutricional Grave				
Crianças até 6 anos (incompletos)				
INDICADORES	Nº	%	TOTAL ACUMULADO	META Alcançada (%)
Nascidos Vivos				
Óbitos fetais				
Óbitos neonatais				
Óbitos infantis				
EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL				
INDICADORES	Nº	%	TOTAL ACUMULADO	META Alcançada (%)
Crianças com Registro Civil de Nascimento **				
Nº Kits entregues				

Nº de Cursos de Qualificação Profissional em andamento *				
Mulheres inscritas nos Cursos de Qualificação Profissional em andamento				
Nº de Círculos de Educação e Cultura				
Mulheres inscritas nos círculos de educação e cultura				

Fonte: Banco de dados do Programa Mãe Coruja Pernambucana.

Em 2015, foram realizadas 126 Reuniões de Monitoramento (sendo 06 com os Coordenadores Regionais e 120 com os Profissionais dos Cantos); as Oficinas de Segurança Alimentar com a temática “Alimentação Complementar Saudável para crianças maiores de 6 meses – Sucos Nutritivos” estão acontecendo em todo o estado; 487 Círculos de Educação e Cultura estão funcionando em todas as Regionais de Saúde, com 6.924 educandas. Nesse mesmo ano, cursos de qualificação profissional aconteceram em todo estado, sendo realizadas 89 turmas, com 1.493 concluintes, além disso, está prevista a realização de 13 turmas de Oficina de Empreendedorismo, Controle Financeiro e Vendas em 13 municípios da Zona da Mata, Agreste e Sertão. Também foram entregues 15.607 kits do bebê. (Dados de janeiro a outubro, 2015, sujeitos a alteração).

Em 2014, já foram realizadas 156 Reuniões de Monitoramento (sendo 12 com os Coordenadores Regionais e 144 com os Profissionais dos Cantos); 55 Oficinas de Segurança Alimentar, com 2.060 participantes; 15 reuniões de integração entre a Pastoral da Criança e o Canto Mãe Coruja; 452 Círculos de Educação e Cultura estão funcionando em todas as Regionais de Saúde, com 6.088 educandas; 2.876 mulheres frequentaram os cursos de qualificação profissional e 4.261 kits do bebê foram entregues.

Em 2013, foram realizadas 88 Oficinas de Segurança Alimentar, com 1.896 participantes; 5.661 mulheres participaram dos 439 círculos de educação e cultura; foram emitidos 413 documentos de identificação, 4.180 mulheres frequentaram os cursos de qualificação profissional e 16.635 kits do bebê foram entregues (SIS Mãe Coruja – Dez.2013).

O Programa Mãe Coruja vem contribuindo para a redução da mortalidade infantil, através da integração do estado com os municípios, a sociedade civil, as organizações não governamentais e as universidades. Os dados abaixo descrevem os coeficientes de mortalidade infantil no Brasil, na região Nordeste e em Pernambuco, mostrando a importante redução ocorrida no período.

Tabela 1 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Brasil, Nordeste e Pernambuco, 2006 a 2011

Região	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variação
Brasil	19,6	18,6	17,7	16,8	16	15,3	-21,9
Região Nordeste	24,8	23,2	21,8	20,3	19,1	18,0	-27,4
Pernambuco	22,1	20,1	19,4	18,1	17,0	15,6	-29,1

Fontes: IDB 2012/SIM e Sinasc/Datasus/MS (dados sujeitos à revisão)

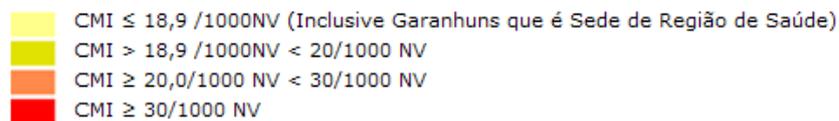
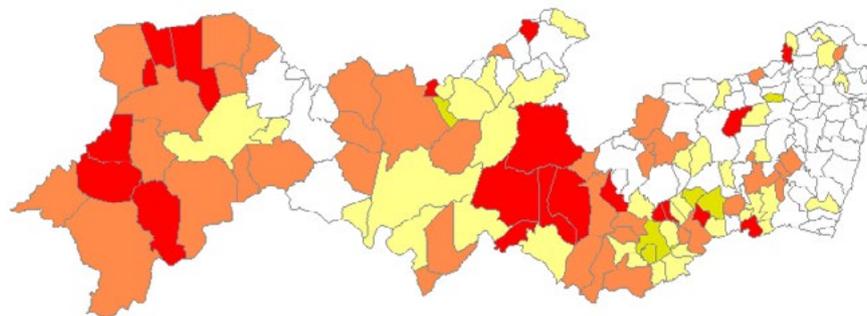
Tabela 2 - Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Unidades Federativas (UF) do Nordeste (NE), 2006 a 2011

Região e UF	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição
Região Nordeste	24,8	23,2	21,8	20,3	19,1	18,0	-27,4
Pernambuco	22,1	20,1	19,4	18,1	17,0	15,6	-29,1
Maranhão	26,8	25,7	24,3	23,0	21,9	20,0	-25,6
Piauí	26,6	24,7	23,5	22,0	20,7	20,8	-21,9
Ceará	22,1	21,1	19,1	17,6	16,2	15,2	-31,4
Rio Grande do Norte	24,5	22,0	21,3	19,1	17,2	16,9	-31,1
Paraíba	24,2	22,7	21,5	19,3	18,2	17,5	-27,5
Alagoas	25,9	23,3	21,6	20,1	18,6	17,0	-34,4
Sergipe	25,5	22,8	20,3	18,8	18,2	17,6	-30,8
Bahia	26,3	24,9	23,6	22,1	21,0	20,1	-23,6
Fontes: IDB 2012/SIM e Sinasc/Datasus/MS.							

Dados sujeitos à revisão.

Mapa 1,2 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos no território Mãe Coruja, 2006-2011

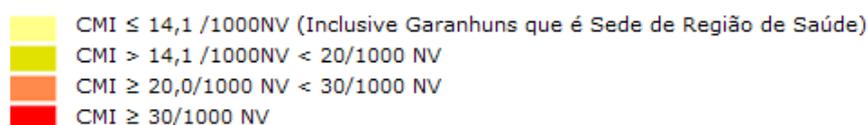
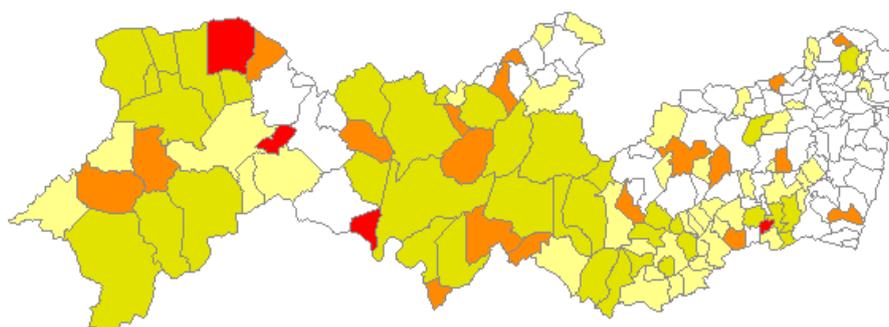
2006



Fonte: SES/SEVS/DGIAEVE

Obs.: 2006 – 20 municípios apresentavam CMI igual ou maior que 30 por 1000 NV.
* O CMI foi calculado pelo método direto, sem correção no SIM e no SINASC

2011



Fonte: SES/SEVS/DGIAEVE

Obs.: 2011 – Apenas quatro municípios apresentavam CMI igual ou maior que 30 por 1000 NV.

* O CMI foi calculado pelo método direto, sem correção no SIM e no SINASC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Mãe Coruja Pernambucana foi implantado no estado em 2007, pelo Decreto nº 30.353, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil, através de ações estratégicas articuladas e intersetoriais dos eixos de saúde, educação e desenvolvimento social, cuidando de forma ampla da mulher e das crianças; fortalecendo os vínculos afetivos; promovendo uma gestação saudável; e garantindo às crianças nascidas no território pernambucano o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável e harmonioso.

As principais ações desenvolvidas no programa são o fortalecimento e empoderamento das mulheres através dos círculos de educação e cultura, cursos de qualificação profissional, oficinas de segurança alimentar e nutricional, inclusão em programas sociais através dos Centros Regionais de Assistência Social, fornecimento de kits do bebê para as gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal realizadas, fortalecimento da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, através da reorganização da rede de atenção ao parto.

As crianças cadastradas no programa são acompanhadas por ações de incentivo do aleitamento materno, de imunização, do acesso ao registro de nascimento, e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

As gestantes e crianças do programa são acompanhados a partir de uma rede descentralizada de profissionais e de um sistema de informação, o “SIS Mãe Coruja”, contando ainda com ações realizadas através de parcerias com os municípios, sociedade civil, organizações não governamentais e universidades.

Atualmente, o Programa está implantado nas 12 Regiões de Saúde, em 105 municípios do Estado, sendo 103 municípios com a Gestão Estadual e 02 com a Gestão Municipal e Cooperação Técnica Estadual. Neste período, muitos avanços foram alcançados em promoção da atenção à Primeira Infância:

- Implantação do canto mãe coruja como estrutura matricial do cuidado integrado em cada território dos 103 municípios atendidos;
- Estruturação do processo de monitoramento e avaliação das ações do Programa;

- Implementação da Vigilância do óbito materno e fetal e infantil à luz da evitabilidade;
- Criação de ferramentas de análise situacional (sistema de informação sala de situação);
- Instituição da rede do cuidado intersetorial e transdisciplinar à gestante, família e crianças nos territórios contemplados pelo Mãe Coruja;
- Redução de 29,6% da mortalidade infantil;
- Estabelecimento dos direitos das mulheres e crianças na agenda dos dirigentes e sociedade civil;
- Inclusão social das famílias em programas sociais de acordo com as necessidades encontradas;
- Empoderamento das mulheres a partir dos círculos de cultura para reorganização do cuidado e do desenvolvimento infantil;
- Sensibilização dos homens para participação compartilhada nos cuidados dos filhos;
- Proposta de universalização em Pernambuco;
- Continuidade política no Governo Estadual para 2015-2019;
- Formação do grupo de pesquisa do Programa Mãe Coruja;
- Garantia orçamentária nas secretarias estaduais participantes do programa.

O Programa Mãe Coruja entende como desafios para fortalecer essas conquistas: a priorização da articulação com a atenção primária; a promoção do desenvolvimento infantil articulado à rede de atenção à primeira infância em cada território; o trabalho desenvolvido com as famílias nos *locus* saúde, educação e desenvolvimento social; e a articulação intersetorial com os gestores e sociedade civil.

Maiores detalhes do Programa podem ser acessados por meio dos sites:

- <https://www.youtube.com/watch?v=e8MZmUqJtsE>
- <http://portal.saude.pe.gov.br/programa/secretaria-executiva-de-atencao-saude/programa-mae-coruja-pernambucana>
- <http://maecorujape.blogspot.com.br/>
- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/palestras/humanizacao/brasileirinhos_apresentacao_mae_coruja.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. *Avaliação de serviços e programas sociais* (Tradução de Jaime A. Clasen e Lúcia Mathilde E. Orth). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ANDRADE, Luiz Odorico M. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo – Sobral: Hucitec, 2001.

BERNARD VAN LEER FOUNDATION, *Learning begins early*. CHILDHOOD MATTERS, Netherlands, June 2013/120.

Boletim de Saúde de Fortaleza, *Sala de Situação*; Ano IV, nº 1, janeiro-março, 2000.

BRASIL. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 33. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUENO, H; Costa Lima, J. R., *Sala de Situação de Saúde*, versão 1.0; Brasília-DF.

Rede Interagencial de Informações para Saúde – RIPSAs. Publicação em CD-ROM, julho/2000

CAMPOS, Gastão Wagner S. *Reforma da reforma: repesando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

Educa a tu Hijo. http://www.ecured.cu/index.php/Educa_a_tu_Hijo. Captado em dez/2014.

Mãe Curitibana. <http://www.maecuritibana.com.br/>. Captado em julho de 2012.

MATUS, Carlos; *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.

OPAS/OMS, *Representação do Brasil: A saúde no Brasil*. Brasília, 1998.

Modelo de Gestão do Governo do Estado de Pernambuco. Documento publicado no *site* do Governo do Estado. <http://www.pe.gov.br/> Captado em setembro de 2009.

Primeira Infância Melhor – Uma Inovação em Política. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001552/155250por.pdf>. Captado em janeiro de 2013.

UNICEF. *Municípios e crianças de até 6 anos: Ações públicas: Administração pública: Brasil 353.5360981*.

UNICEF. *Agenda pela Infância 2015-2018: Desafios e propostas – Eleições 2014*.

UNICEF. *Semana do bebê*. Publicado em <http://www.unicef.org/brazil/>. Captado em julho de 2013.

REDE MÃE PARANAENSE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcia Cecilia Huçulak

*Enfermeira; Mestre em Planejamento e Financiamento em Saúde pela Universidade de Londres.
Superintendente de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)*

Este relato de experiência representa o resultado do trabalho de toda a equipe da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA), que com a integração das ações e o planejamento com base nas necessidades de saúde da população está realizando a mudança do modelo assistencial no Paraná⁵.

1. ANÁLISE DA REALIDADE PARANAENSE

A Rede Mãe Paranaense foi definida como uma rede prioritária no Plano de Governo do Estado do Paraná para a Saúde 2011 a 2014. Essa prioridade foi baseada na análise dos indicadores de mortalidade infantil e materna, no período de 2006 a 2010, que apresentava a estagnação dos indicadores, uma grande desigualdade de saúde entre as regiões e a ausência de todos os pontos de atenção organizados para atender as gestantes e as crianças. E, acima de tudo, o elevado percentual de mortes maternas (85%) e infantis (61%) evitáveis.

A Organização Pan-Americana de Saúde, integrante da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), considera como baixa uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) menor que 20 mortes por 100.000 Nascidos Vivos (NV). A RMM no Paraná caiu de 90,5/100.000 NV em 1990 para 66,42/100.000 NV em 2000, o que representou uma redução de 26,6% dos óbitos em dez anos. No período de 2001 a 2010 a RMM foi de 65,27/100.000 NV para 65,11/100.000 NV, indicando uma redução de apenas 0,2% em uma década. Ao analisar a causa desses óbitos, verificou-se um alto percentual de evitabilidade, em média 85% dos casos, sendo que 71% dos óbitos foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros¹.

A Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as hemorragias foram as causas mais frequentes, representando 32,6% das mortes registradas. Outro dado que chamava a atenção diz respeito à qualidade do pré-natal no Estado, com o aumento de 18% do número de casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2009. Em parte, esta situação foi atribuída à concentração do atendimento às gestantes em unidades centralizadas, o que afastou a gestante da realização do pré-natal nas unidades de atenção primária nos municípios.

O coeficiente de mortalidade infantil no Paraná demonstrava redução de 16,4 em 2002 para 12,15/1000 NV em 2010, porém com uma grande desigualdade entre as regiões de saúde, sendo que das 22 regiões, 14 apresentavam coeficientes acima da média do Estado. O componente neonatal (0 a 28 dias após o nascimento)

⁵ Agradecemos a todos os secretários municipais de Saúde e profissionais de saúde que atuam na atenção primária, nos ambulatórios dos Centros Mãe Paranaense e nos hospitais da Rede Mãe Paranaense, pela compreensão da proposta, pela sinergia e intenso trabalho conjunto.

representava 72% dos óbitos. Em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil/SIMI/SESA, 61,5% dos óbitos ocorridos em 2010 foram considerados evitáveis². A partir da análise da mortalidade materna e infantil, no período de 2001 a 2010, era evidente a necessidade de se adotar novas medidas de intervenção para mudar esse quadro no Paraná.

2. A REDE MÃE PARANAENSE

A implantação da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010), que adotamos no Paraná como modelo de atenção, em razão da necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão e enfrentar o fenômeno das condições crônicas que representam mais de 75% da carga de doença no Paraná.

Toda a sua estruturação baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir dos territórios sanitários resolutivos, na estratificação de risco das gestantes e dos seus bebês e na vinculação das gestantes ao hospital mais adequado a sua condição para a realização do parto de modo seguro e o mais natural possível.

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal e puerpério, com no mínimo sete consultas, a realização de exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade, que, segundo população IBGE/2012, representavam 3.428.706 mulheres e 159.847 crianças, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos SINASC, em 2014, e estima-se para 2015 o acompanhamento de 127.830 gestantes SUS.

2.1. A Modelagem da Rede Mãe Paranaense

A modelagem da Rede iniciou-se com o levantamento e análise epidemiológica, a identificação do risco e o estabelecimento da estratificação de risco das gestantes e crianças menores de um ano. A estratificação de risco é utilizada no manejo das condições crônicas e, baseada em análise epidemiológica, permite a organização dos serviços para oferecer o recurso assistencial mais adequado e para quem mais se beneficia desses recursos. Com base nesse estudo, definiram-se três graus de risco da gestante e da criança, risco habitual, risco intermediário e alto risco³.

- **Risco habitual:** gestantes e crianças que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravado.
- **Risco intermediário:** gestantes e crianças que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficos (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir:
 - **Raça e ou etnia da mãe** – No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado a mães brancas.

- **Idade da mãe** – No período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52, representando um risco relativo de 1,97 vez maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos.
- **Grau de escolaridade da mãe** – No período de 2006 a 2010, a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos representando em risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade.
- **Mães com pelo menos um filho morto em gestação anterior** – No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25, enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram filhos mortos de 2,2 vezes maior para aquelas que tiveram filho morto.
- **Mães que tiveram pelo menos três filhos vivos em gestações anteriores** – No período de 2006 a 2010 a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham mais de três filhos vivos foi de 29,61, enquanto que naquelas que tiveram menos de três filhos vivos foi de 12,59 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo para as mães que tiveram mais de três filhos vivos de 2,3 vezes maior em relação às mulheres com menos de três filhos.
- **Alto Risco:** Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados a seguir:
 - Condição clínica pré-existente: hipertensão arterial; dependência de drogas lícitas e ilícitas; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); hemopatias; epilepsia; doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); doenças autoimunes; ginecopatias; neoplasias; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica; psicose e depressão grave.
 - Intercorrências clínicas: doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (infecção de repetição do trato urinário, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); doença hipertensiva específica da gestação, na gestação atual.
 - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na gestação (cardiopatias, endocrinopatias); retardo do crescimento intrauterino; trabalho de parto prematuro; placenta prévia; amniorrexe prematura (abaixo de 37 semanas); sangramento de origem uterina; isoimunização RhD (Rh negativo); má-formação fetal confirmada; macrossomia do concepto com patologias.

A estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento e do seu desenvolvimento da identificação de prematuridade, asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, Aids) e triagem neonatal positiva.

Para garantir a integralidade do cuidado para as gestantes e seus bebês, a SESA desenvolveu ações no sentido de garantir o atendimento nos níveis primário, secundário e terciário de atenção. Mendes considera que redes de atenção à saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁵.

2.2. O Mapa Estratégico

O mapa estratégico representa uma arquitetura genérica que permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos. Auxilia a organização dando visibilidade para suas estratégias de forma coesiva, integrada e sistemática, ou seja, permite visualizar os diferentes itens necessários ao Mapa numa cadeia de causa e efeito que conecta os resultados almejados com as ações e objetivos. Kaplan e Norton⁵ criaram o conceito de mapa estratégico a respeito do qual afirmam que “representa o elo perdido entre a formulação e a execução da estratégia”. O Mapa deve prever a identificação da missão do projeto, no caso Rede Mãe Paranaense, visão, valores, os resultados para a sociedade, os processos e ações de gestão necessária para que a Rede aconteça e o aporte financeiro necessário. A seguir, a visão arquitetônica do Mapa construído especificamente para a Rede Mãe Paranaense.

2.3. Os pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense

2.3.1 Na Atenção Primária

A atenção primária é a porta de entrada da Rede, ordena a atenção nos outros níveis de atenção. A Rede Mãe Paranaense tem adesão dos 399 municípios do Estado, desenvolve as atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de 1 ano, oferta de pré-natal em quantidade, mas principalmente em qualidade, vincula as gestantes a serviços onde o parto ocorra de modo seguro e solidário, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de referência. Toda a unidade de atenção primária organiza as ações de pré-natal e acompanhamento, de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade de Atenção Primária (APS) mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da estratégia Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de risco que estabelece a vinculação da gestante de risco aos serviços de maior complexidade, contudo mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde da UBS.

A estratificação de risco da gestante e da criança deve ser registrada na carteira da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois, dessa forma, a carteira da gestante e da criança permite a comunicação das equipes da APS com os demais níveis e pontos de atenção secundários e terciários. Os municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense assinaram um termo de compromisso onde consta o que o município se compromete a executar e os indicadores de acompanhamento.

Na atenção à criança estão previstas várias ações executadas pelas equipes da atenção primária para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Entre as ações destacamos a visita do 5º dia, onde a equipe de saúde realiza visitas domiciliares à puérpera e a seu bebê para apoiar o aleitamento materno, verificar a interação da mãe/família e eventuais dificuldades com o cuidado do bebê, orientar e agendar o comparecimento da puérpera e do bebê na unidade de saúde para realizar a estratificação de risco, acompanhar o crescimento e desenvolvimento e iniciar a aplicação das vacinas conforme calendário. A partir

da visita do 5º dia o agente comunitário de saúde passa a acompanhar essa família e monitorar esse bebê até 1 ano, inclusive acompanhando o comparecimento da criança nas consultas de rotina e reportando à equipe de saúde eventuais problemas no cuidado desse bebê.

2.3.2 Na Atenção Secundária/Centro Mãe Paranaense

A Atenção Secundária Ambulatorial é um equipamento nas Redes de Atenção que enfrenta uma condição de saúde específica, complementando a necessidade de atenção primária. Na Rede Mãe Paranaense, são identificados como Centros Mãe Paranaense, e especificamente têm a competência de atender as gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário e alto risco¹.

O modelo de atenção para os Centros Mãe Paranaense é o da integralidade, onde a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de diagnóstico e terapêutico garantido. Nesse Centro é importante que estejam disponíveis profissionais como: endocrinologistas, pediatras, cirurgiões-pediatras, nefrologistas, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiras obstétricas), farmacêuticos entre outros.

2.3.3 Na Atenção Terciária

Na atenção terciária, a Rede Mãe Paranaense se organizou em pontos de atenção hospitalar nas regionais de saúde e nas macrorregionais. Esses hospitais contam com UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculados. A estratificação de risco da gestante define a vinculação da gestante ao serviço hospitalar conforme a tipologia definida.

3. MONITORAMENTO DO DESEMPENHO

Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Rede Mãe Paranaense, desenvolveu-se o painel de bordo. Segundo Norton e Kaplan⁵, esse painel permite quantificar o desempenho das ações a partir do estabelecimento de indicadores quantitativos que fazem o balanceamento entre quatro perspectivas definidas no mapa estratégico. Permite ainda refletir o equilíbrio entre os objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de tendências e ocorrências e, ainda, entre as perspectivas interna e externa de desempenho.

O painel de bordo para a Rede Mãe Paranaense estabeleceu indicadores nas seguintes perspectivas: resultado para a sociedade, indicadores de processo, indicadores de gestão e, por último, indicadores relacionados ao financiamento. Para dez objetivos estratégicos elencaram-se 23 indicadores, que possibilitam o acompanhamento da eficiência, efetividade e eficácia da Rede Mãe Paranaense.

REDE MÃE PARANAENSE – Painel de Bordo

	Objetivo estratégico	Indicador
Resultados para a sociedade	1-Reduzir mortalidade materna e infantil	1.1. Razão de morte materna. 1.2. Coeficiente de mortalidade infantil.
	2-Garantir o funcionamento da rede de atenção materno e infantil em todo o Estado.	2.1. Índice de satisfação das usuárias da rede.

	Objetivo estratégico	Indicador
Processo	3-Melhorar a qualidade e a resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura.	3.1. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação
		3.2. Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses.
		3.3. Cobertura vacinal em menores de um ano.
		3.4. Número absoluto de crianças com sífilis congênita.
		3.5. % de partos prematuros.
		3.6. Taxa de cesarianas
	4-Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança de alto risco	4.1. % de gestantes estratificadas por risco de acordo com os critérios estabelecidos.
		4.2. % de crianças estratificadas de acordo com os critérios estabelecidos.
	5-Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança.	5.1. % de gestantes vinculadas atendidas pelo hospital de acordo com a estratificação de risco.
		5.2. % de gestantes com acompanhante no pré-natal, parto e puerpério.
6-Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e o acompanhamento das crianças de risco menores de um ano	6.1. % de cobertura de gestantes de alto risco	
	6.2. % de cobertura de crianças de risco menores de um ano	
Gestão	7-Consolidar o sistema de governança da Rede Mãe Paranaense	7.1. % de municípios realizando estratificação de risco e a vinculação ao Centro Mãe Paranaense e aos hospitais contratados
		7.2. % de gestantes de risco e crianças de risco atendidas no Centro Mãe Paranaense
		7.3. % de partos de risco realizados nos hospitais contratualizados da Rede Mãe Paranaense
	8-Implantar Gestão de Caso na Atenção Primária à Saúde	8.1. % de gestantes de alto risco monitoradas.
8.2. % de crianças de risco menor de 1 ano monitoradas.		
Financiamento	9-Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da Rede Mãe Paranaense	9.1. % de carteiras de gestantes encaminhadas.
		9.2. % de carteiras de crianças encaminhadas
	10-Garantir incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizarem o acompanhamento das gestantes e crianças conforme a Linha Guia	10. % de municípios que aderiram à Rede Mãe Paranaense e estão realizando as ações da Linha Guia

4. INVESTIMENTOS NA REDE MÃE PARANAENSE

Para a conformação da Rede com vistas à qualidade de atenção pretendida, a SESA estabeleceu um aporte de investimentos destinados à Atenção Primária à Saúde, APSUS, que tem como missão organizar as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios do Paraná, para a promoção do cuidado da população em todo o seu ciclo de vida e principalmente a gestante e a criança. Os municípios do Paraná recebem recursos mensalmente destinados ao custeio da Atenção Primária à Saúde, na ordem de R\$ 38 milhões/ano. Para investimento em construção, ampliação e reforma de unidades da Atenção Primária à Saúde e aquisição de equipamentos, no período de 2011 a 2014 foram repassados mais de R\$ 167 milhões, e, paralelamente a esses recursos, as equipes de atenção primária estão sendo capacitadas com vistas à melhoria e mudança do processo de trabalho. Os profissionais da atenção primária dos municípios participam das oficinas do APSUS. No período 2011 a 2014 foram realizadas nove oficinas de capacitação de mais de 30.000 profissionais de saúde que atuam nas unidades de atenção primária de todo o Paraná.

Na atenção secundária ambulatorial, o COMSUS é um programa que tem por propósito qualificar a atenção secundária ambulatorial, onde a SESA, junto com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, implementa um novo modelo de atenção com base nas Redes e que permite uma integração com a atenção primária e terciária à saúde. Nesse ponto de atenção, o Centro Mãe Paranaense se localiza e atende a gestante e a criança na perspectiva de suprir suas necessidades biológicas e sociais, contando, portanto, com uma equipe multiprofissional e multidisciplinar. A SESA aloca mensalmente recursos de custeio para os Centros Mãe Paranaense, assim como foram realizados investimentos para aquisição de equipamentos.

Na atenção hospitalar, o Programa HOSPSUS definiu 27 hospitais que são referência para a gestante de alto risco. São repassados mensalmente recursos financeiros para apoio ao custeio mensal, assim como equipamentos para melhoria dos hospitais, e a capacitação de profissionais por meio de cursos, tais como Emergências Obstétricas e Reanimação Neonatal. Para a atenção à gestante de risco intermediário e risco habitual, foram contratados 96 hospitais que atenderam ao chamamento público.

Outro componente importante na organização da Rede Mãe Paranaense é a educação continuada. Para que esse propósito aconteça de um modo sistemático, a SESA conta com parceria com as sociedades científicas (Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Paraná, Sociedade Paranaense de Pediatria e Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Paraná) para capacitação de médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Concomitante à organização da Rede, implantou-se o Programa Telessaúde Paraná Redes, que tem por objetivo apoiar os profissionais que atuam na Atenção Primária, possibilitando a realização de consultas, telediagnóstico e solução das dúvidas clínicas e de gestão e até de confirmação de diagnóstico.

5. RESULTADOS

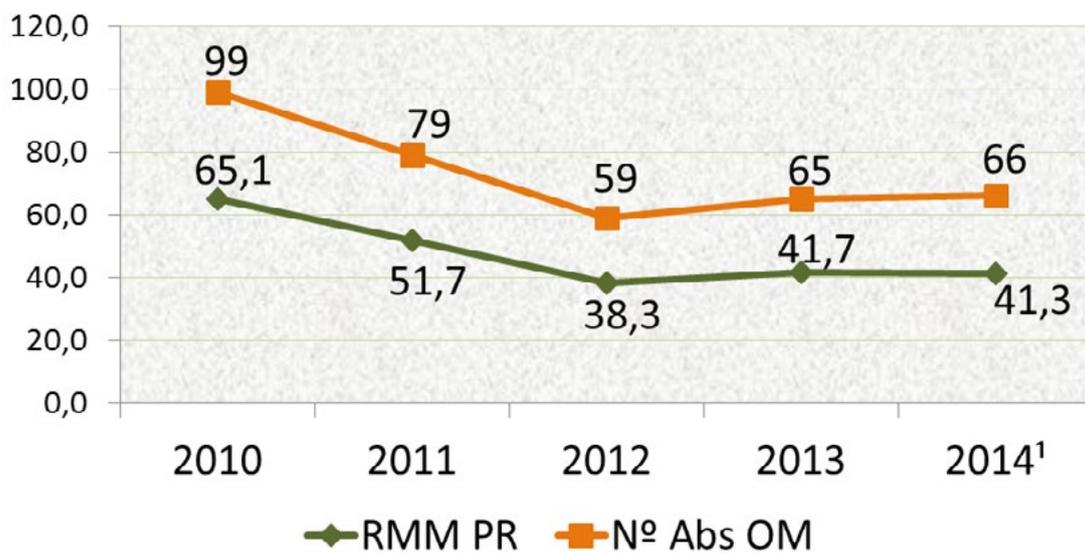
Nesses quatro anos de trabalho de implantação das ações da Rede Mãe Paranaense, verificamos a melhora expressiva em vários indicadores. Em 2014, tivemos uma redução de 36,5% dos óbitos maternos em relação a 2010, a RMM caiu de 65,11/2010 para 41,3/100.000 NV em 2014, ou seja, em quatro anos com a implantação das ações da Rede Mãe Paranaense, a redução da mortalidade materna foi maior que nos últimos 20 anos.

Outro dado importante nessa redução que verificamos foi a redução no número de óbitos maternos em 50% por DHEG e 40% por hemorragias em relação a 2010. Entretanto, observamos um aumento nos casos de óbito por infecção.

As taxas⁶ de cesariana, segundo dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), têm variado entre 2010 e 2014, de 58,6% e 63,7%, respectivamente. Contudo, ao separarmos o percentual de cesarianas realizadas no SUS, verificamos que em 2013 tivemos 55,4% de partos normais. Esse dado elevado do Paraná é em razão do elevado percentual desse procedimento nas usuárias de planos de saúde e particulares.

A proporção de pré-natal com sete ou mais consultas tem se mantido desde a implantação da Rede acima de 80%, em 2014 foi de 82%.

Gráfico 1. Série Histórica de Razão de Mortalidade Materna e número absoluto, segundo período de 2010 a 2014, Paraná.



Fonte: SIM/SINASC/DVIEP/CEPI/SVS/SESA-PR
 Nota 1: Resultados preliminares, sujeitos a alteração (DBF 22/06/2015)

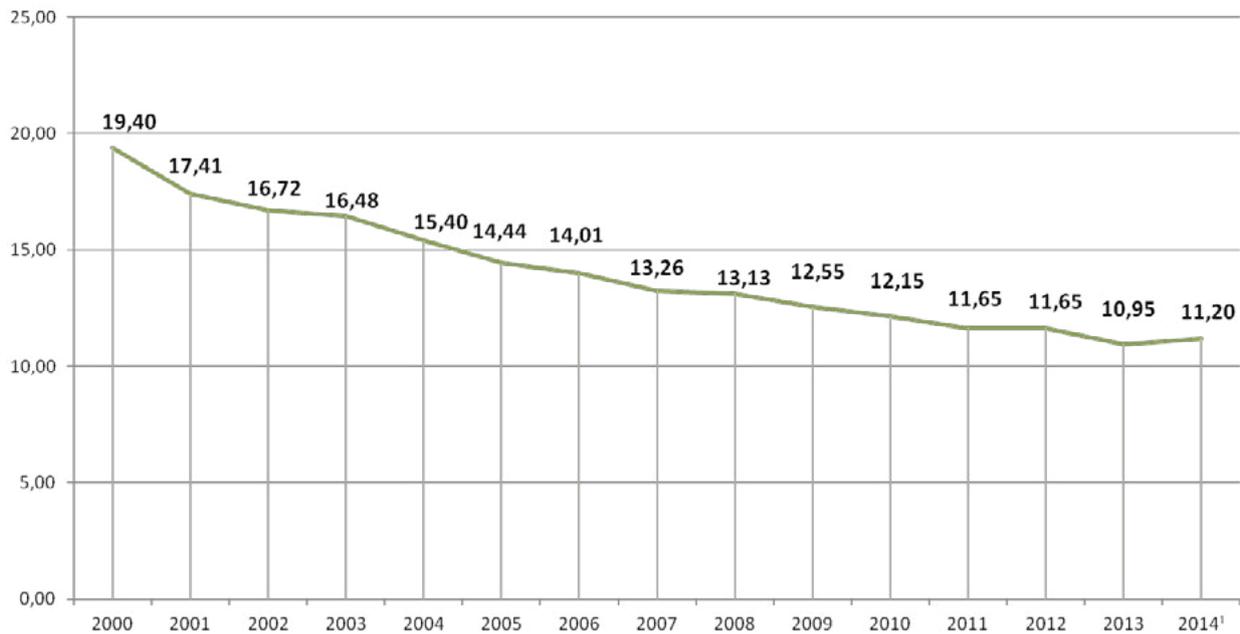
Mortalidade Infantil

Ao analisarmos a mortalidade infantil no Paraná observamos a linha de tendência decrescente desse indicador no período entre 2000 e 2014, obtendo valores de 19,40 e 11,2 por mil NV, o que reflete uma diminuição acima de 42% ao longo desse período. Já quando analisado o período entre 2010 e 2014, ocorreu uma queda de 7,8% (Gráfico 2) comparando com o coeficiente de 2010, 12,15/1000 NV. Contudo, esses resultados não se distribuem homogeneamente no Estado do Paraná. Em 2014, 53% dos óbitos em menores de 1 ano ocorreram até seis dias de vida, e 72,4% dos óbitos em menores de 1 ano ocorreram até 28 dias de vida no chamado período neonatal. No Paraná, do total de nascimentos, 11% ocorreram antes das 37 semanas de gravidez. A prematuridade vem aumentando gradativamente; em 2011 foi de 8%, e está relacionada à mudança do estilo de vida das pessoas, gravidez precoce, hipertensão na gravidez e infecção urinária. Esses

6 Os resultados foram obtidos a partir do Sistema de Informação de Nascido Vivos (SINASC), do banco estadual do Paraná.

dados afirmam a necessidade de melhoria na atenção ao pré-natal e a necessidade constante de capacitação das equipes da atenção primária.

Gráfico 2 – Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 NV, segundo tendência histórica de 2000 a 2014*



Fonte: SINASC/DVIEP/CEPI/SESA-PR

* Nota: Resultados preliminares, sujeitos a alteração. (DBF 02/02/2015)

10. CONCLUSÕES

A melhoria dos indicadores da atenção materno-infantil e em especial a queda da mortalidade materna de forma rápida e que tem se mostrado consistente é resultado das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da Rede Mãe Paranaense. A frequência do evento óbito é cada vez menor em termos absolutos, e este é um grande desafio, reduzir cada vez mais. Essa realidade aponta para a necessidade de melhoria na qualidade da assistência, já que a maior parte dos casos é decorrente de causas evitáveis, portanto a redução da RMM e CMI no Paraná ainda é um objeto a ser buscado constantemente.

Para a organização de Rede de Atenção, fomos desafiados cotidianamente em razão da complexidade de mudar conceitos e processos de trabalho nas equipes de saúde. No entanto, o planejamento das ações com base nas necessidades da população, foi basilar para uma boa aceitação das propostas e os resultados alcançados. E, ainda, ressalta-se a aplicação das ferramentas do planejamento com o alinhamento dos objetivos estratégicos e a alocação dos recursos financeiros. Além disso, o monitoramento constante do evento óbito nos permite o acompanhamento e a constatação dos problemas para uma intervenção rápida objetivando sempre a melhoria da atenção materno-infantil, para que a vida que nasce no Paraná venha com saúde!

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde,

Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. *Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. *A estratégia em ação: Balanced Scorecard*. (7ª ed.). Rio de Janeiro, 1997. Campus.

MENDES, EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. *Perfil da Mortalidade Materna e Infantil no Paraná*, 2014.

PROGRAMA FAMÍLIA QUE ACOLHE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM BOA VISTA-RR

Teresa Surita

Prefeita de Roraima, Ex-Deputada Federal

Sempre acreditei que para administrar uma cidade é preciso, acima de tudo, ter um sonho, uma paixão. A dedicação aos direitos das crianças e dos adolescentes tem sido um movimento natural dentro da minha trajetória política. Como prefeita de Boa Vista, capital de Roraima, pela quarta vez minha meta é a de transformar a capital do extremo norte do país na melhor cidade em qualidade de vida do Brasil. E para isso tenho uma certeza: **toda mudança tem de passar, necessariamente, pelo cuidado com as futuras gerações.** Quanto mais cedo olharmos para nossas crianças, melhor. A ciência conclui que os três primeiros anos são para sempre.

Quando assumi a Prefeitura de Boa Vista, em janeiro de 2013, carregava comigo uma bagagem de outras três gestões, nas quais um dos maiores desafios foi reduzir a violência entre jovens, ocasionada, principalmente pelas brigas entre gangues. Em 2001, tínhamos 35 galeras rivais e éramos a 9ª capital com mais homicídios de jovens. Tal situação levou à criação de um programa de reintegração social para aqueles envolvidos em gangues, roubos e tráfico de drogas. Nascia aí o *Projeto Crescer*. Antes inimigos mortais, os mil meninos e meninas entre 15 e 24 anos que ingressaram no projeto tiveram que aprender a conviver diariamente. Passaram a participar de oficinas de cultura, esporte e cursos profissionalizantes. Com muito diálogo, carinho e atenção, conseguimos transformar a vida de vários jovens. Dos mil alunos iniciais que participaram do Crescer, cerca de 650 se recuperaram, 200 seguiram para apoio terapêutico e 150 abandonaram o projeto. Entre 2001 e 2011, a taxa de homicídios na faixa de 15 a 24 anos diminuiu 49%, de acordo com o Mapa da Violência. Além disso, Boa Vista passou da 9ª para a 22ª capital em número de homicídios.

Essa experiência foi muito significativa, tanto na minha vida profissional, quanto pessoal. E me deu a certeza de que a resposta para muitos dos problemas apresentados estava na família. Convivendo e conhecendo de perto os conflitos dos jovens, pude ver que a maioria deles cresceu em uma total desestrutura familiar, sem vínculos de afeto e referência dentro de casa. Como gestora pública, queria fazer diferente, queria não mais ter que somente remediar. Trabalhando junto com as famílias, sonhava em formar uma geração de paz, que pudesse ter menos medo de enfrentar a vida e que crescesse com valores definidos.

Em 2011, quando assumi o cargo de deputada federal, tive a oportunidade de ser coordenadora da Frente Parlamentar Mista em Defesa dos Direitos Humanos da Criança e do Adolescente. Também fui relatora da Lei da Palmada, vice-presidente da Comissão Especial de Educação e membro titular da Comissão de Seguridade Social e Família. Por meio da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, tive o privilégio de participar de um curso para gestores públicos voltado para a Primeira Infância na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos.

Todas essas experiências me deram o conhecimento técnico necessário para, três anos depois, implantar o *Programa Família que Acolhe*. De volta à Prefeitura de Boa Vista, uma das minhas primeiras ações foi colocar em prática o que aprendi.

1. EM BOA VISTA, A PRIMEIRA INFÂNCIA É LEI

O primeiro passo foi a criação da Lei nº 1.545, em dezembro de 2013, que instituiu, no âmbito do Município de Boa Vista-RR, o Programa Família que Acolhe (FQA), uma Política Pública Integrada para a Primeira Infância. Assim como especificado no artigo 2º da lei, essa lei tem por objetivo garantir a promoção do desenvolvimento integral da criança, desde a gestação até os seis anos de idade. Além de promover o acesso a serviços de saúde, educação e desenvolvimento social, contribuindo para a formação de uma nova geração e fortalecendo os laços de afeto e estabilidade entre as famílias.

Estabelecemos também por lei a criação de um Grupo Gestor, em que fazem parte o chefe do Executivo Municipal, bem como os titulares da Secretaria Municipal de Economia, Planejamento e Finanças, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Gestão Social, Secretaria Municipal de Educação e Cultura e Secretaria Municipal de Comunicação Social. Ao Grupo Gestor compete deliberar sobre as ações que devem ser desempenhadas pelo Programa, assegurando os meios e orçamento para a sua execução. Além disso, preconiza-se a responsabilidade de fazer avaliações periódicas acerca dos resultados obtidos.

Instituiu-se também um Grupo Técnico Executivo, composto por representantes das secretarias municipais que compõe o grupo gestor. O objetivo é que este grupo assegure a integração, articulação das ações e operacionalize o Programa. A intenção de promulgar esta lei foi garantir a continuidade do FQA para além da minha gestão, tornando a primeira infância, de fato, uma política pública em Boa Vista-RR.

2. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

Boa Vista é a única capital brasileira acima da Linha do Equador. Está localizada no Estado de Roraima, região de tríplice fronteira entre Brasil, Venezuela e Guiana. De acordo com o último índice do IBGE, Boa Vista tem mais de 314 mil habitantes, sendo que 63% da população de todo o Estado de Roraima está concentrada na capital.

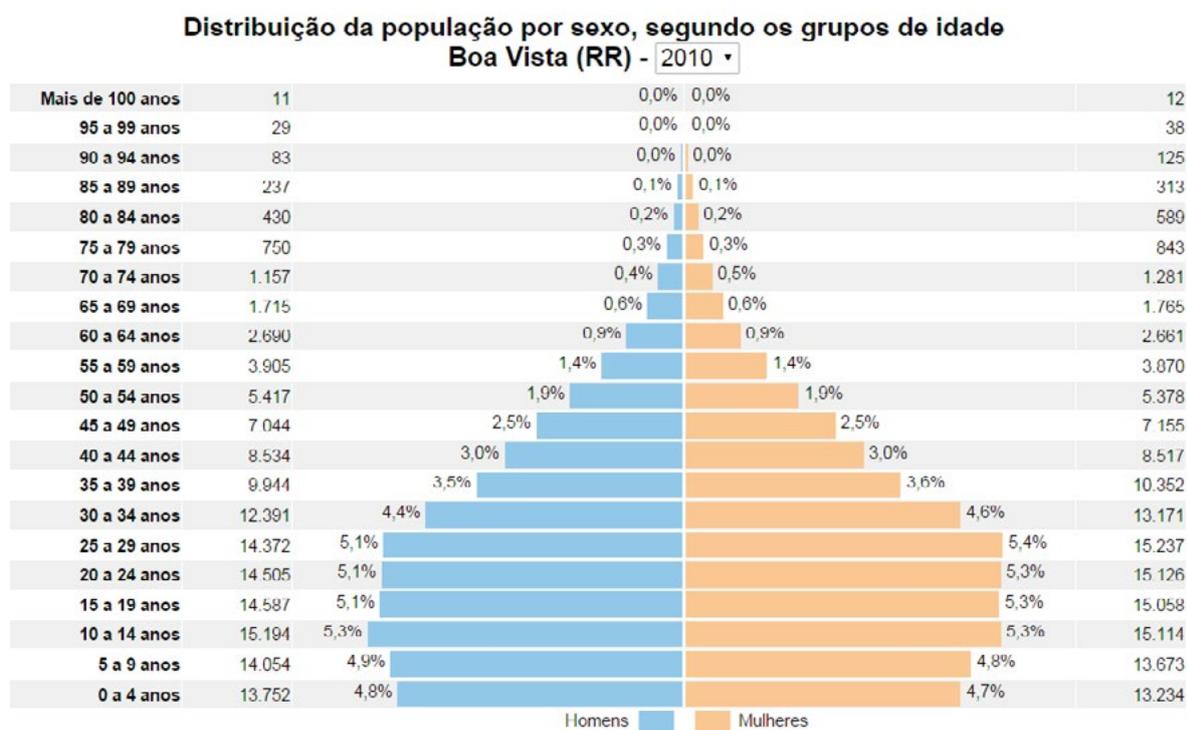
Figura 1 – Distribuição populacional por idade - Roraima



Fonte: IBGE, 2013

A população de zero a 9 anos do Estado de Roraima representa 17% da população geral, e outros 70% se concentra na faixa etária de 10 a 34 anos. Isso nos mostra que nossos habitantes são jovens. Um fato preocupante, entretanto, é no alto índice de gravidez na adolescência. O levantamento feito pelo IBGE em 2013 apontou que mais de 7 mil mulheres abaixo de 19 anos tornaram-se mães em Boa Vista.

Figura 2 – Distribuição populacional por sexo – Roraima



Fonte: IBGE, 2013

3. O QUE É O FAMÍLIA QUE ACOLHE?

O Família que Acolhe é uma política pública integrada de proteção à primeira infância – do ventre materno até os 6 anos. O programa, que é mantido exclusivamente com recursos do município, foi transformado em lei em 2013, garantindo direitos e implementando as mais modernas iniciativas na área. O FQA integrou todos os serviços básicos necessários para mãe e filho, garantindo de uma só vez a marcação e acompanhamento de todas as consultas, exames e procedimentos médicos. Ao mesmo tempo, facilitou o acesso à educação – antes mesmo do nascimento, a criança já tem sua matrícula efetivada na creche e na escola até os 6 anos de idade, quando inicia o Ensino Fundamental. A política pública garante o acesso a serviços de saúde, educação, desenvolvimento social, contribuindo para a formação integral de uma nova geração, mais consciente de seus direitos e responsabilidades e mais comprometida com a infância. O FQA é multissetorial, gerido pelo gabinete da prefeita e secretários de Gestão Social, Saúde, Educação, Comunicação e Finanças, que participam do projeto ativamente, garantindo a integração dos serviços.

As grávidas, as mães e os bebês são acompanhados por uma equipe multiprofissional formada por 180 pessoas, dentre elas uma coordenadora geral do programa, uma coordenadora geral das Casas Mãe, uma médica clínica geral que faz o planejamento familiar, uma fonoaudióloga, um pediatra, três psicólogas, três pedagogas, um assistente social, três enfermeiras, três técnicos na maternidade, além de entrevistadores sociais e outros profissionais, em uma verdadeira união de esforços.

A equipe é responsável por atender toda a família, promovendo os serviços oferecidos pelo FQA. Mas o trabalho vai além, o que buscamos é a interação entre pais, parentes, educadores, profissionais de saúde e a criança. Todos compreendendo a importância da primeira infância e reconhecendo ações que priorizem o desenvolvimento integral nessa fase da vida.



Fotos: banco de imagem da Prefeitura de Roraima



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.1. PÚBLICO ALVO

O programa atende famílias com filhos nas casas mãe (creches da prefeitura), grávidas cadastradas no Bolsa Família, Cadastro Único, adolescentes grávidas, reeducandas da Penitenciária Agrícola do Monte Cristo, Abrigo Infantil e mulheres encaminhadas pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Em dois anos, o FQA acolheu 5.230 mulheres, nesse período acompanhou o nascimento de 4.047 crianças que continuam sendo beneficiadas até completarem seis anos.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

Em Boa Vista, temos uma metodologia bastante eficiente para acompanhar as famílias que atendemos. Como nossos programas sociais são integrados, temos uma equipe de humanização que faz visitas domiciliares às famílias cadastradas no Bolsa Família, ou em outro projeto da Prefeitura de Boa Vista. Fazemos então Mapas Falados de cada bairro, o georreferenciamento nos mostra onde estão não somente as pessoas que atendemos, ou como é a situação de outros familiares que moram junto, mas também traz o diagnóstico dos principais problemas de cada região da cidade. Esse raio-x direciona nossas ações, nos norteia acerca das prioridades e organiza o nosso trabalho.

3.2. INSTALAÇÕES

Para atender à uma demanda tão vasta, distribuída por toda a cidade, o *Família que Acolhe* precisa estar aonde as grávidas estão. Além do atendimento na sede, localizada na zona Oeste de Boa Vista, região em que reside a maioria das beneficiadas, o programa estendeu o seu alcance. Os técnicos do FQA estão inseridos no único Hospital Materno Infantil de Roraima, que realizou, de janeiro até agosto desse ano, 5.855 partos. O objetivo da presença na instituição estadual é dar suporte às gestantes em um momento em que elas precisam de tratamento humanizado e todo apoio necessário.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

O programa também está nas Casas Mãe, que atendem crianças de dois a quatro anos, na primeira fase da Educação Infantil, no Ministério Público, no Abrigo Infantil, nos Postos de Saúde, Hospitais e Conselho Tutelar. Nosso próximo passo é ter um espaço para o programa dentro de cada unidade dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Dessa forma, poderemos atuar praticamente em todos os bairros de Boa Vista, facilitando o acesso das mães e famílias às atividades do Programa.

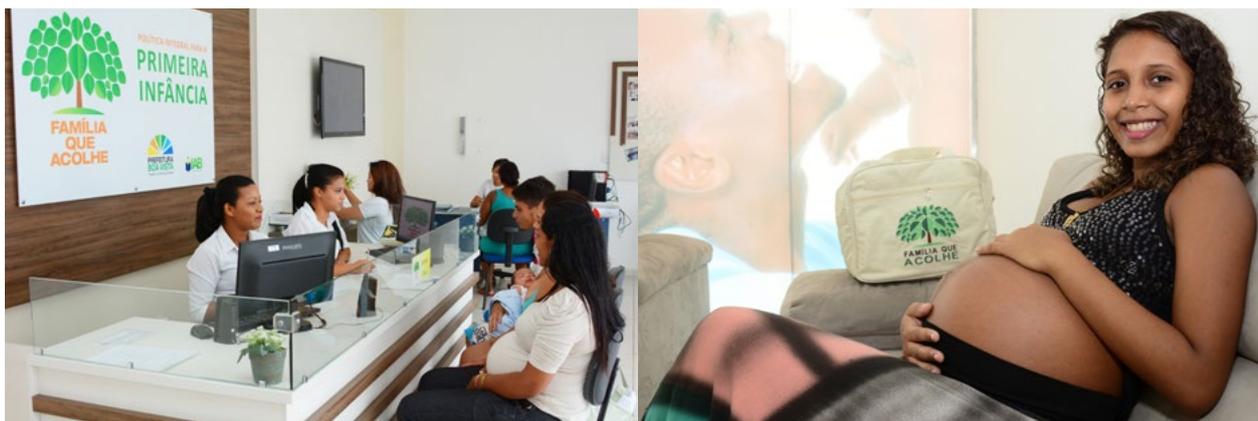


Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3. PROJETOS DENTRO DO PROGRAMA

Com o objetivo de estreitar o vínculo entre pais e filhos, o *Família que Acolhe* colocou em prática projetos e atividades que procuram atender com carinho e respeito cada família e criança. Por meio dessas ações, buscamos também proporcionar maior qualidade aos serviços oferecidos às gestantes e às crianças pequenas, atendendo às necessidades em todas as fases do desenvolvimento.

O FQA oferece a identificação precoce da gravidez e encaminhamento às Unidades de Saúde, acompanhamento pelos agentes do programa, informação sobre gestação e benefícios, medicamentos gratuitos que favoreçam o desenvolvimento saudável do bebê, consultas pediátricas, garantia de atendimento especializado, orientações sobre segurança alimentar, além de garantir vaga nas Casas Mãe e na pré-escola.

3.3.1. Universidade do Bebê

Com base no conceito de uma “escola de pais”, na sede do FQA foi criada a *Universidade do Bebê*, em parceria com o Instituto Alfa e Beto (IAB). Este é o espaço em que as gestantes, as mulheres que já tiveram seus filhos e seus familiares se encontram com profissionais e têm acesso a informações sobre o desenvolvimento psicossocial das crianças, por meio da formação de grupos de convivência e troca de experiência entre pais.

Na primeira etapa da *Universidade do Bebê*, as turmas são divididas de acordo com o mês de gestação das mulheres. Dessa forma, são abordados temas condizentes com aquele período. Por exemplo, quando as mães estão com a gravidez avançada, as aulas já abordam aspectos do parto para prepará-las para este momento.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

Existem também turmas para as mães que já tiveram filhos. A divisão em grupos é feita de acordo com a idade da criança e os temas seguem os principais aspectos do desenvolvimento para cada etapa do crescimento. O interessante é que as mães levam seus filhos para as aulas e já colocam em prática os conhecimentos

adquiridos. Uma das aulas preferidas da criançada é sobre criatividade da hora de brincar. Os profissionais do FQA levam painéis, panos e outros objetos que toda casa tem e mostram que tudo pode se tornar um brinquedo, basta dar asas à imaginação. Em todas as turmas existe o incentivo para que os companheiros também participem do momento de aprendizado e troca.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3.2. Diário de Maria

Realizado em parceria com o Instituto Alfa e Beto (IAB), o projeto *Diário de Maria* é uma ferramenta para que as futuras mães possam tirar dúvidas sobre tudo que envolve a gravidez. Os livros são entregues até o terceiro mês de gestação e trazem uma série de informações, como as mudanças no corpo da mulher, os hábitos que devem ser evitados, como acontece o desenvolvimento do bebê, a atenção com o pré-natal, planejamento para o dia do parto, e até mesmo dicas do que levar para a maternidade e o que deve ter no quarto do bebê. Pode parecer simples, mas para as mães, principalmente as de primeira viagem, é uma importante ferramenta para esclarecer e dar mais tranquilidade. Afinal, que grávida nunca teve dúvidas?!



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3.3. Leitura desde o Berço

Uma das metas do FQA é aprimorar os conhecimentos e ampliar o olhar sobre o desenvolvimento infantil, nesse contexto, a leitura se torna de fundamental importância no âmbito familiar. O projeto *Leitura Desde o Berço*, implantado nas Casas Mãe, consiste no empréstimo semanal de livros, que funciona da seguinte maneira: toda sexta-feira as crianças escolhem dois livros da biblioteca. Durante os dias seguintes, os pais realizam a leitura com os filhos de acordo com as orientações do programa. Na semana seguinte, devolvem os livros emprestados e levam outros dois exemplares para casa, seguindo a rotina durante todo o ano.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

As famílias são acompanhadas e participam de uma reunião onde recebem instruções sobre as melhores formas de ler, interagir com os filhos e trocar experiências com outras famílias. Na maioria dessas reuniões, é feita uma filmagem para que traçar o perfil dos beneficiados e evidenciar os resultados obtidos com as crianças. O projeto chamou a atenção de dois doutores norte-americanos da Escola de Medicina da Universidade de Nova York, o pediatra Alan Mendelson e a PHD em psicologia infantil, Adriana Weisleder. Os especialistas estão desenvolvendo uma pesquisa que busca compreender os impactos que a leitura desde a infância causa nas famílias boa-vistenses.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3.4. Coral da Família

O *Projeto Coral da Família* começou como coral das grávidas, mas logo as aulas de musicalização do FQA passaram a ser frequentadas também por pais e até mesmo pelos filhos mais velhos. Hoje, o Coral do Família que Acolhe é composto por famílias que vêm na música uma verdadeira terapia, uma forma de relaxar e adquirir autoestima e confiança. A intenção da atividade é estreitar o laço da mãe com o bebê que ainda está na barriga, passando toda a tranquilidade da música mesmo antes do nascimento.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3.5. Entrega do Enxoval

O momento da chegada de uma criança na família é muito especial. Uma das coisas que mais encantam as mães durante a gravidez é poder escolher as roupinhas, o berço, preparar o enxoval do bebê. O FQA sonha junto com essas mães e, para garantir que esse sonho se torne realidade, o programa fornece o kit enxoval com fraldas, bolsa, berço e roupinhas. É maneira de fazer com que essa etapa tão esperada da gestação não se torne preocupação para as mães. Para receber o enxoval é preciso ter participado da Universidade do Bebê.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

3.3.6. Atendimento pediátrico e planejamento familiar

Desde março de 2015, as mães cadastradas no FQA podem contar com um pediatra dentro da sede do programa. Uma vez por semana, o especialista voluntário do Mais Médicos atende os pequenos sem que as mães tenham que enfrentar fila. As consultas são agendadas após uma triagem feita pelas equipes do programa. Os casos mais frequentes detectados nas consultas são problemas respiratórios, gripe e resfriado.

Nos casos mais graves, em que o paciente precisa de atendimento urgente, o médico encaminha imediatamente para o Hospital Infantil Santo Antônio e permanece acompanhando até que a criança fique novamente saudável. Uma vez por mês também levamos um aparelho de ultrassom até a nossa sede, para verificar o andamento da gravidez. Para nós, esse cuidado é muito importante para dar segurança à família de que o seu bebê crescerá forte e saudável.



Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

Na equipe de médicos, contamos também com uma especialista em planejamento familiar. A intenção é trabalhar com as adolescentes grávidas para conscientizar sobre as responsabilidades da maternidade e evitar, assim, uma gestação indesejada.

3.3.7. Leite da Família

Aprovado por unanimidade pela Câmara Municipal de Boa Vista em agosto de 2015, o *Projeto Leite da Família* é uma política pública integrada entre as secretarias municipais de Gestão Social, de Educação e de Saúde. Ele vai atender as crianças participantes do programa Família que Acolhe (FQA), alunos matriculados nas escolas municipais, creches e Casas Mãe, além das crianças identificadas pelas unidades de saúde com grau de desnutrição. O intuito é complementar a alimentação das crianças por meio da distribuição de leite, de acordo com orientações nutricionais específicas para cada faixa etária.

4. PROJETO DE FORMAÇÃO EM DPI

Como nos ensina o provérbio africano, *é preciso toda uma aldeia para educar uma criança*. Entretanto, é preciso que também a aldeia esteja educada para a missão de zelar pela primeira infância. Em Boa Vista, logo vimos que para que o *Programa Família que Acolhe* desse certo precisaríamos qualificar toda nossa rede de profissionais envolvidos no atendimento às crianças.

Por meio de uma parceria com o Instituto Primeiros Anos, capacitamos mais de 1,8 mil profissionais de saúde, educação e gestão social durante o período de julho de 2014 a junho de 2015. O Projeto de Formação em Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI), baseado na metodologia participativa desenvolvida pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, apresenta os conteúdos de seis intervenções-chave, visando à translação desse conhecimento para a prática cotidiana das Unidades que atendem gestantes e crianças.

As intervenções-chave são: 1) Ampliando a Clínica do Pré-natal e Puerpério e Aspectos Emocionais da Amamentação; 2) Ampliando a Clínica da Puericultura; 3) Formação de Gestores e Educadores de Instituições de Educação Infantil; 4) Grupos de Famílias Grávidas e de Famílias com Crianças de zero a 3 Anos; 5) Formação de Gestores e Educadores em Espaços Lúdicos; 6) Ampliação da Clínica do Parto.



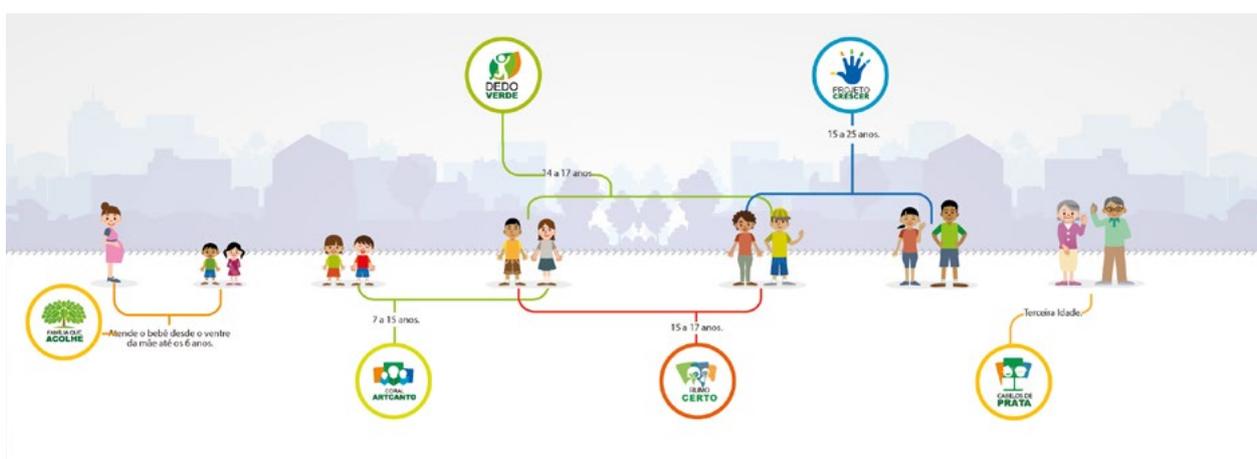
Foto: banco de imagem da Prefeitura de Roraima

Em novembro de 2015, o Projeto de Formação em DPI entrou em um novo ciclo. Após a capacitação de nossos profissionais, seguimos avançando ao levar os conhecimentos sobre o desenvolvimento da primeira infância para as famílias e sociedade. A ideia agora é que as mães, pais, tios, jornalistas, promotores, comerciantes formem uma rede de mobilização pela primeira infância e tornem-se multiplicadores dessa bandeira.

Para criar e solidificar a rede, serão utilizadas diversas estratégias e metodologias, desde seminários para a imprensa local à criação de um *Centro de Pais e Filhos* em cada Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Boa Vista.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Boa Vista, apostamos em uma rede integrada de atenção, com programas que dialogam entre si e que vão desde a gestação até a terceira idade.



Dessa forma, não trabalhamos isoladamente para atender às necessidades de nossa população, mas agimos em cadeia, trabalhando simultaneamente em diversos pontos. Nossos resultados, portanto, também aparecem de forma macro.

Recentemente, Boa Vista figurou entre as 50 melhores cidades para se viver no Brasil e foi apontada como a 11ª melhor capital para se criar os filhos. A pesquisa foi publicada pela revista Exame e avaliou os mais de 5,5 mil municípios do país, levando em consideração indicadores de educação, saúde, segurança e bem estar social.

Em apenas dois anos de Programa podemos perceber importantes avanços, que se dão às vezes de forma sutil, por meio de depoimentos de mães que nos relatam como foi diferente criar o filho mais velho fora do programa e agora o caçula com o apoio do FQA. Desde a forma como cada um dos filhos pega no lápis para escrever, até a atenção que ela aprendeu ser importante dar mesmo quando o pequeno está dormindo.

Também fazemos questão de mensurar alguns resultados mais concretos. Estamos fazendo a avaliação para saber se o número de reincidência de adolescentes grávidas está diminuindo, bem como comparando dados de mortalidade materno-infantil. Dentro de um ano também teremos os primeiros resultados da pesquisa da Universidade de Nova York sobre o *Leitura desde o Berço* e poderemos avaliar não só as mudanças no vínculo familiar, como também o aumento da quantidade de palavras no vocabulário da criança e outros indicadores cognitivos. Nosso trabalho não para, nos empenhamos todos os dias em fazer de Boa Vista o melhor lugar para criar nossos filhos.

PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO: DA REFLEXÃO À AÇÃO EM PROL DA PRIMEIRA INFÂNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ

Carolina Cunha Bezerra

Primeira-Dama de Fortaleza, Ceará. Bacharel em Administração pela Universidade de Fortaleza, Graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza.

Maria do Perpetuo Socorro Martins Breckenfeld

Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. Graduada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, Especialista em Gestão Hospitalar e Serviços de Saúde

O conhecimento atualmente disponível sobre a Primeira Infância evidencia que os primeiros anos são os mais vulneráveis e impactantes para o desenvolvimento humano. As experiências desses anos são vitais para o complexo processo vivido pela criança, desde a dependência absoluta, aos patamares de autonomia relativa na vida individual e em sociedade. Esse pressuposto é um dos norteadores da iniciativa da Gestão Municipal, por meio da Primeira-Dama, para implantação do *Programa Cresça com Seu Filho* na cidade de Fortaleza, estado do Ceará, que objetiva apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças no período da gestação até os três anos de idade. O eixo operacional do Programa se concretiza transversalmente à Política Nacional da Atenção Primária, por meio da Estratégia Saúde da Família e fundamenta-se na intersetorialidade, visando superar a fragmentação das políticas públicas através de uma articulação concreta de saberes e práticas. A trajetória do *Programa* é marcada por parcerias municipais, nacionais e internacionais, sem as quais, eles e significados permaneceriam indefinidos.

1. PRIMEIRA INFÂNCIA: A POSSIBILIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO PRECOCE

A Primeira Infância, compreendida como uma etapa do desenvolvimento da criança de zero a seis anos, integra a *Agenda de Compromisso* de organizações governamentais e não governamentais no cenário nacional e internacional.

Tais *Compromissos* encontram embasamento nas investigações da Neurociência datada dos últimos cinquenta anos, que permitiram a compreensão sobre os mecanismos de desenvolvimento do cérebro e da rede neuronal durante as diversas fases da vida do indivíduo. Diferentes desenhos de estudos foram capazes de demonstrar que durante a Primeira Infância é possível aprender mais e em maior velocidade e que esse tempo é considerado definidor das características humanas individuais como a linguagem, as funções cognitivas e as emoções sociais (MOLINA; TORRES, 2013; ALEGRE, 2013; NAUDEAU *et al.*, 2011; SHONKOFF; LEVITT, 2010).

O desenvolvimento da inteligência, das emoções, da capacidade de perceber os outros e de convivência empática é estruturado nesses anos iniciais. As condições estressantes a que muitas famílias estão submetidas, tais como a pobreza, a violência doméstica, os problemas de saúde mental dos pais, a dificuldade de acesso a serviços sociais, de saúde e educação de qualidade fazem com que muitas das estratégias de sobrevivência utilizadas pelas famílias dificultem o atendimento às necessidades essenciais das crianças. Equivale dizer que muitas crianças estão se desenvolvendo em ambientes hostis ou pouco favorecedores à construção de sua identidade individual e comunitária. Isso poderá ter impacto desfavorável em seu desenvolvimento cognitivo, emocional, de linguagem e em sua capacidade de conviver harmoniosamente em sociedade (FORTALEZA, 2014).

O *Programa Cresça com Seu Filho* nasce sob uma perspectiva de possibilidade favorável ao desenvolvimento precoce de crianças e suas famílias. O *Programa* oportuniza uma série de atividades e ferramentas capazes de estimular e fomentar o desenvolvimento físico, emocional e social das crianças. Sustenta-se em pressupostos teóricos sobre o ciclo de vida da Primeira Infância e dos avanços da neurociência que indicam a importância do papel desempenhado pela mãe, pai e/ou cuidadores como fundamental para a promoção de um cuidar baseado na interação positiva entre cuidador e a criança.

2. COMPREENDENDO O CONTEXTO DO *PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO*

O objetivo principal do *Programa Cresça com Seu Filho* é apoiar as famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças no período da gestação aos três anos de idade.

Para compreender o propósito do *Programa*, faz-se necessário apreender os conceitos de vulnerabilidade social e intersectorialidade das políticas públicas. O primeiro abrange as dimensões de necessidade e exclusão social e sob essa perspectiva compreensiva da natureza das iniquidades sociais, o *Programa* intenciona oferecer oportunidades equânimes em favor do desenvolvimento da Primeira Infância. Segundo Anderson *et al.* (2009), as intervenções que buscam melhorar as oportunidades das crianças para aprender e desenvolver a capacidade são particularmente importantes para crianças de comunidades carentes por alta taxa de pobreza, violência física e psicológica, abuso de substâncias psicoativas, e desordem social. Corroborando, Vegas e Santibáñez (2009) abordam sobre os efeitos deletérios da pobreza para o desenvolvimento da Primeira Infância, destacando que podem afetar o futuro da criança em relação à sua longevidade, saúde e produtividade e discutem que intervenções adequadas podem ajudar a equalizar oportunidades para crianças de baixa renda. Todas as ações, planejadas e desenvolvidas, à luz do *Programa Cresça com Seu Filho*, fundamentam-se na intersectorialidade que engloba um caráter abrangente e plural de possibilidades para a execução da *Agenda Comum de Compromissos com a Primeira Infância*, visando superar a fragmentação das políticas públicas através de uma articulação concreta de saberes e práticas.

Sob uma perspectiva de responsabilidade compartilhada em favor do desenvolvimento da Primeira Infância, o *Programa Cresça com Seu Filho* é concebido a partir da compreensão do contexto local sobre a necessidade de sólidos investimentos voltados às crianças de bairros mais vulneráveis da cidade de Fortaleza. A apreensão da realidade dos territórios vulneráveis e a decisão para implantar o *Programa* na cidade de Fortaleza surgem de uma iniciativa da Gestão Municipal, por meio da Primeira-Dama, que sensível ao contexto nacional e internacional de investimentos na Primeira Infância e apoiada pelo Ministério da Saúde, Universidade Federal do Ceará (UFC), Instituto da Primeira Infância (IPREDE) e Banco Interamericano de

Desenvolvimento (BID) inaugura um programa piloto cujo escopo das ações está voltado para o fortalecimento da Primeira Infância, tendo como público alvo as famílias com gestantes e crianças de zero a três anos de idade. O *Programa* é consoante ao Plano Municipal pela Primeira Infância de Fortaleza (PMPIF), iniciado em 2013, sancionado pela Lei Municipal nº 10.221, de 13 de junho de 2014, que ratifica a prioridade em relação à criança, em especial à fase que compreende a Primeira Infância.

Baseado em uma percepção de integralidade e intersetorialidade, o *Programa* envolve tanto a área da Saúde quanto da Educação, e é estrategicamente fortalecido por políticas complementares nas áreas da Assistência Social e de Direitos Humanos. Assim, alinham-se esforços tangíveis das Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Cidadania e Direitos Humanos, além de outras Secretarias e Coordenadorias Municipais de Fortaleza para proporcionar o cuidado integral da criança na Primeira Infância, a fim de promover oportunamente o desenvolvimento global nas dimensões cognitivas, socioafetivas, de linguagem e motora.

3. MARCO TEÓRICO DO *PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO*

Um dos marcos teóricos do *Programa* baseia-se fortemente nas formulações da Psicologia do Desenvolvimento de Karsten Hundeide, da Universidade de Oslo, Noruega, e Pnina Klein, da Universidade de Bar Ilan, Israel, que encontram-se amplamente difundidas no *International Child Development Programmes* (ICDP).

O ICDP pressupõe o *ato de cuidar como um processo sensível e comunicativo* e no *ciclo primário do ato de cuidar*. Trata-se de um programa voltado ao cuidado humano direcionado para cuidadores de crianças e sustentado pela ideia de apoio permanente à rede de cuidados da criança, que são os pais ou os cuidadores institucionalizados. Para o ICDP, a chave para o desenvolvimento da criança baseia-se nas relações de interação entre cuidador e a criança. Para tanto, O ICDP articula três diálogos sobre o desenvolvimento humano: 1. Diálogo expressivo emocional para promover interações amorosas entre o cuidador e a criança; 2. Diálogo expansivo compreensivo que objetiva promover a compreensão da criança sobre o mundo por meio da expansão da experiência da criança em seu próprio ambiente; 3. Diálogo regulador que ajuda a criança a regular seus limites de ação de forma positiva em busca de sua adaptação aos desafios da sociedade e ser capaz de desenvolver autocontrole (ICDP, 2010).

Compreende-se que as experiências positivas, tais como a troca de afeto, valorização, incentivo e construção de limites contribuem para a formação de uma identidade e personalidade saudável. Assim como as experiências negativas, como a falta de afeto e desvalorização levam à frustração, tristeza, decepção e podem ocasionar dificuldades para as crianças em suas relações sociais, em sua capacidade de aprender, em seu potencial para enfrentar desafios e para assumir responsabilidades. Um cuidado sensível é essencial para um saudável desenvolvimento físico e psicológico de crianças, pois afetam diretamente a cognição, a linguagem e o ajuste social (FORTALEZA, 2014; WHO, 2004).

O outro referencial do *Programa Cresça com Seu Filho* advém da experiência do *Primeira Infância Melhor* (PIM), desenvolvido pelo Estado do Rio Grande do Sul. O PIM adaptou-se a partir da experiência do modelo cubano *Educa a Tu Hijo*. O PIM pressupõe que o desenvolvimento infantil é um processo complexo que envolve as dimensões neurológica, afetiva, cognitiva e social. Seus eixos estruturantes são a família, a comunidade e a intersetorialidade. O PIM contempla *ações interdisciplinares e intersetoriais, que levem em conta a complexidade dos aspectos da saúde e da educação infantil*. As bases teóricas do PIM reportam à perspectiva histórico-cultural de Vygotsky, à teoria da aprendizagem de Piaget, às descobertas mais atuais da

neurociência, à teoria sobre a formação e desenvolvimento dos vínculos afetivos de Bowlby e às formulações de Winnicott, no tocante à importância das figuras paterna e materna no desenvolvimento psicológico infantil (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007; FORTALEZA, 2014).

Alinhando esses dois referenciais teóricos, o *Programa Cresça com Seu Filho* fundamenta-se na importância da família no processo de estruturação do indivíduo. Nesse contexto, a família é compreendida como o primeiro grupo ao qual o ser humano pertence, portanto, dela advém as experiências positivas e/ou negativas vivenciadas desde a gestação.

4. OS EIXOS GESTOR E OPERATIVO DO *PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO*

A estrutura de gestão do *Programa Cresça com Seu Filho* conta com as seguintes instâncias: Comitê Gestor Municipal composto pela Primeira-Dama de Fortaleza, Secretária Municipal de Saúde, Secretário Municipal de Educação, Secretário Municipal do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Secretário Municipal de Cidadania e Direitos Humanos; Grupo Técnico Municipal (composto por representantes técnicos das Secretarias Municipais); Coordenação Geral; Coordenação Administrativa Financeira; Coordenação Técnica; Supervisão Regional I, Supervisão Regional V e Supervisão Regional VI.

O eixo operacional do *Programa* é transversal à Política Nacional de Atenção Primária à Saúde, representada pela Estratégia Saúde da Família. A parceria com o Ministério da Saúde estabelecida desde os primórdios do Programa visa pautar a promoção de uma cultura de estímulo ao desenvolvimento da Primeira Infância no país.

A intenção do *Programa* baseia-se na inserção de ações voltadas ao fortalecimento do desenvolvimento integral da Primeira Infância pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, através de visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde sob a supervisão do profissional Enfermeiro, e em articulação concreta com a rede intersetorial do município de Fortaleza.

Sob essa perspectiva, o *Programa Cresça com Seu Filho*, além de potencializar as capacidades, os conhecimentos e as habilidades dos pais/mães/cuidadores para o desenvolvimento de suas crianças e de fortalecer os vínculos familiares, aprimora as habilidades dos profissionais da Estratégia Saúde da Família para a promoção do desenvolvimento da Primeira Infância e favorece as condições para a inserção das famílias integrantes do *Programa Cresça com Seu Filho* na Rede de Proteção do Município.

5. O *PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO* EM SUA CONCRETUDE

O município de Fortaleza conta com uma população de 2.591.188 habitantes, projetada para 01/07/2015, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tomando por base a população residente do Censo Demográfico de 2010; com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754, ocupando a quinta posição de maior cidade do Brasil e encontra-se dividida em sete regiões administrativas, com um total de 119 bairros.

De acordo com as informações do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), em agosto de 2015, a cidade de Fortaleza possuía 1.034.776 pessoas cadastradas, correspondendo a 346.877 famílias. Dentre o número de pessoas cadastradas, 60.584 são crianças de zero a três anos, perfazendo 5,84% do total. Em situação de pobreza (com renda *per capita* de R\$ 77,01 até R\$ 154,00), das 244.414 pessoas inscritas (74.801 famílias), 14.357 (5,87%) são crianças dessa mesma faixa etária. As pessoas em situação de

extrema pobreza (com renda *per capita* até R\$77,00) totalizavam 462.486 (148.533 famílias), das quais 34.581 (7,4%) são crianças de zero a três anos.

Considerando o universo de crianças de zero a três anos cadastradas no CadÚnico e a capacidade operativa de acompanhamento de crianças pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS): até 9 crianças/ACS, serão beneficiadas 5.715 na fase inicial do *Programa Cresça com Seu Filho*, e uma estimativa de 600 gestantes. A seleção dos bairros que integraram o *Programa* foi realizada a partir de estudos exploratórios sobre o padrão de distribuição espacial de indicadores sociais, demográficos e das condições de saúde da população de Fortaleza. Os resultados evidenciaram três regiões da cidade de Fortaleza (Regional I, Regional V e Regional VI) e, nestas, 22 bairros de maior vulnerabilidade social. Os bairros selecionados abrangem 32 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que totalizam 141 equipes da Estratégia Saúde da Família (141 Enfermeiros e 635 Agentes Comunitários de Saúde).

A parceria do *Programa Cresça com Seu Filho* com o Ministério da Saúde, a UFC e o IPREDE possibilitou a formulação do Guia de Visitas Domiciliares do Agente Comunitário de Saúde e do Guia de Formação de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde.

O desenho do modelo de supervisão do Programa foi construído em parceria com o BID e encontra-se estruturado em nível individual e de grupo. A periodicidade da supervisão foi definida semanalmente, conduzida pelo profissional Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e corresponde a dois momentos: i) supervisão *in loco* da visita domiciliar executada pelo ACS; ii) supervisão de grupo através de encontro semanal com todos os ACS envolvidos no Programa. A modelagem da supervisão inclui dois instrumentos básicos: *check list* voltado para aplicação de aspectos primordiais a serem supervisionados durante a visita domiciliar e *diário de campo* cujo objetivo é nortear a supervisão de grupo.

A capacitação inicial para o exercício do *Programa Cresça com Seu Filho* inclui três ciclos de formação e abrange 108 horas. A primeira etapa compreende momentos presenciais e de dispersão e abrange 60 horas sobre os aspectos do marco teórico conceitual do *Programa* e sobre o Guia de Visitas Domiciliares. A segunda etapa, que totaliza 24 horas, está voltada para o Plano Operativo e de Supervisão do *Programa Cresça com Seu Filho* que focaliza os passos para execução de implantação das visitas, da seleção (*screening*) e cadastramento das crianças participantes, do modelo operativo de visitas domiciliares e dos instrumentos referentes à supervisão individual (*in loco*) e em grupo. A terceira etapa é dirigida à prática das visitas domiciliares e de supervisão, que abrange 24 horas de capacitação.

A Educação Permanente do *Programa Cresça com Seu Filho* inclui 8 ciclos de capacitação, cujos conteúdos temáticos versam sobre a intersetorialidade, sobre as habilidades e as competências dos ACS e Enfermeiros para aprimorar a qualidade da visita domiciliar e da supervisão.

6. LIÇÕES APREENDIDAS E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO

Convictos de nossa compreensão sobre a *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança*, o Estatuto da Criança e do Adolescente e sobre a família enquanto elemento fundamental da sociedade para promover o crescimento e bem-estar das crianças, o *Programa Cresça com Seu Filho* inaugura um novo olhar ao desenvolvimento da Primeira Infância, reafirmando o compromisso com a criança da cidade de Fortaleza.

Nesse percurso, firmamos sólidas alianças em favorecimento do desenvolvimento global das crianças, principalmente para aquelas que vivem com suas famílias em territórios mais vulneráveis.

Estamos caminhando. Não fatigaremos, somos audazes. Vislumbramos ações complementares e integradoras que fortalecerão o *Programa Cresça com Seu Filho* em prol das crianças e suas famílias. Ações que nos movam para além da reflexão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEGRE, S. *El desarrollo infantil temprano. Entre lo político, lo biológico y lo económico. Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina. Cuaderno 4*, 2013. 34p.

ANDERSON, L. M.; SHINN, C.; FULLILOVE, M. T.; SCRIMSHAW, S. C.; Fielding, J. E.; Normand, J. et al. The Effectiveness of Early Childhood Development Programs. A Systematic Review. *Am J Med*, 2003, v. 24 (3S) 39.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Cresça com Seu Filho: Fundamentos e Eixos Operacionais*, setembro, 2014.

INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT PROGRAMME. *What is ICDP and its strategy of intervention?* 2010. 17p. Disponível em: http://www.icdp.info/var/uploaded/2013/06/2013-06-21_11-53-58_what_is_icdp.pdf

MOLINA, H.; TORRES, A. *Gestión de políticas y programas de desarrollo infantil temprano. Banco Interamericano de Desarrollo. Módulo 1: Marco conceptual y fundamentos*, 2013. 56p.

NAUDEAU, S.; KATAOKA, N.; VALERIO, A.; NEUMAN, M. J.; ELDER, L. K. *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, 2010; São Paulo: Singular, 2011. 306 p.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007. 128p.

SHONKOFF, J. P.; LEVITT, P. Neuroscience and the Future of Early Childhood Policy: Moving from Why to What and How. *Neuron* v, 67, n.9, p.689-691, 2010.

VEGAS, E.; SANTIBÁÑEZ, L. *The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean Issues and Policy Options*. The World Bank, 2009. 12p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Child and Adolescent Health and Development *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of Young children: a review*, 2004.

PROGRAMA SÃO PAULO PELA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA

Nelson Yatsuda

*Médico, Especialista em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde, Mestre em Saúde Coletiva
Diretor técnico do Grupo de Planejamento e Avaliação da Coordenadoria de Regiões de Saúde da
Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo*

1. CONTEXTO E PRERROGATIVA LEGAL

1.1. Atribuições Legais do Governo

A Constituição Federal de 1988 reconheceu os direitos sociais, sendo competência do Poder Público proporcionar os meios de acesso para a sua efetivação. Esses direitos estão explicitados em vários componentes. No Art. 6º do Capítulo II – Dos Direitos Sociais, do Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais está previsto: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”. Deste modo, O Poder Público tem o dever de promover a educação, a saúde e a assistência social à população, por meio da oferta de serviços, projetos, programas e benefícios específicos e gratuitos, de acordo com necessidades particulares e coletivas.

Também está previsto na Carta Magna, em seu Art. 227 do Capítulo VII – Da família, da criança, do adolescente do jovem e do idoso:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos: I - aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

O direito à saúde também é explicitado no art. 196 da Seção II – Da saúde: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, estabelece nas disposições gerais:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Sempre coube ao Estado o desenvolvimento de Políticas Públicas para atender atribuições inerentes às suas competências. Um dos modelos de estudos de análise e definição de políticas é o descrito por Viana e Baptista (2008), segundo estas autoras, o primeiro passo é o reconhecimento do problema, que corresponde à fase de entrada de um conflito na agenda política. A partir deste, vem a definição de propostas de soluções, que corresponde à fase de formulação da política. Em seguida, há a escolha de uma solução, que corresponde à fase de tomada de decisão. Após a qual, chega-se ao o momento de por uma solução em andamento, o que equivale à fase de implementação. E, ao final, o monitoramento de resultados ou a fase de avaliação da política. Cada uma dessas fases envolve processos distintos, redes próprias de atores, e sofre influências do contexto político, em um processo dinâmico e de constante negociação, mesmo tratando-se de situação específica e relacionada à área da Saúde da Criança.

As dimensões importantes na abordagem deste problema referem-se: a epidemiológica; a de análise das políticas nacionais; a de análise de experiências exitosas tanto no âmbito local como regional; a da organização, e do planejamento do gestor estadual.

1.2. Contexto epidemiológico e desenvolvimento integral da primeiríssima infância

Sobre a dimensão epidemiológica, a *análise* que se destaca contempla aspectos gerais da evolução da taxa de mortalidade infantil.

A mortalidade infantil é um dos mais importantes indicadores que refletem a saúde de uma população, podendo denotar vários aspectos: sociais, econômicos, culturais, riqueza, infraestrutura, saneamento, assim como aspectos de acesso e qualidade dos recursos de assistência à saúde, em particular da infância e saúde materna, constituindo-se em indicador não apenas da saúde infantil, mas do nível do desenvolvimento de uma sociedade. Esse indicador estima o risco de um recém-nascido morrer antes de completar um ano de vida, exprimindo também a capacidade de uma comunidade suprir as necessidades de alimentação, moradia e saúde de seus recém-nascidos (HOLCMAN, LATORRE, SANTOS, 2004)

Reduzir a mortalidade infantil esteve entre os objetivos da Declaração do Milênio, compromisso assumido em 2000 por 189 países, entre esses o Brasil, de combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. O objetivo número 4 (ODM 4) que era a redução em 2/3 da mortalidade de crianças abaixo de 05 anos de idade, foi plenamente atingido no Brasil, consideradas as taxas observadas no período de 1990 a 2015.

O perfil de mortalidade infantil vem se alterando significativamente nas últimas décadas. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil apresenta tendência decrescente: em 1980, era de 78,5/1.000 e, em 2014, foi 14,4/1.000 nascidos vivos, mas não houve mudança apreciável do componente neonatal nas últimas décadas. O componente pós-neonatal predominou no Brasil até o final da década de 80; a partir de então prevalece o componente neonatal. Quanto às causas, houve um maior crescimento relativo das afecções perinatais no período entre 1983 e 2005 na região nordeste. Por sua vez, a proporção de óbitos por malformações congênitas aumentou consideravelmente em todas as regiões neste mesmo período; em 1980 eram a quinta causa mais frequente e em 1997 assumem a segunda posição, que se mantém até hoje. No Estado de São Paulo, a taxa de mortalidade infantil em 1980 era de 50,9/1.000 nascidos vivos e em 2014 foi de 11,6/1.000 nascidos vivos, evidenciando significativa e consistente tendência de queda nas últimas décadas.

Este sucesso na redução da mortalidade infantil deveu-se a vários fatores, desde aqueles relacionados ao desenvolvimento geral do país e do Estado nos aspectos sociais, econômicos, educacionais, culturais e de infraestrutura de saneamento, quanto a ações específicas da área da saúde, como a vacinação para prevenção de doenças infectocontagiosas, ampliação e melhoria da rede assistencial de saúde e significativa incorporação tecnológica.

Sempre foi preocupação governamental nas últimas décadas a elaboração e desenvolvimento de políticas e programas contemplando aspectos biológicos, principalmente, procurando garantir que nossas crianças tivessem condição de sobrevivência, de nutrição e de prevenção de doenças, buscando impactar nos indicadores de morbimortalidade.

Considerando avanços significativos das políticas públicas de garantia de sobrevivência das crianças, a questão que se coloca é como garantir que estas crianças tenham condições de seu desenvolvimento integral, propiciando efetivação de seu pleno potencial sob os aspectos de aprendizagem, comportamentais e cognitivos, tornando-se adultos mais equilibrados, produtivos e realizados.

Já está claramente demonstrado pelas várias evidências da neurociência a preciosidade dos períodos de vida mais precoces, desde antes do nascimento até os primeiros 6 anos de vida, particularmente nos primeiros 3 anos. É neste período de vida que organicamente se observa o rápido desenvolvimento neurológico, particularmente dos neurônios, seus componentes e sinapses. Esta grande plasticidade cerebral propicia as bases para as mais significativas aquisições sensoriais, de linguagem e cognitivas e que, dependendo das condições do ambiente e das relações e interações pessoais em que a criança convive, é que poderão determinar consequências positivas ou negativas.

Assim, considerando atribuições legalmente constituídas, a Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo adotou o Programa São Paulo Pela Primeiríssima Infância enquanto conjunto de estratégias para aprimorar as práticas de atendimento e cuidado à criança pequena e à gestante, buscando promover condições para seu desenvolvimento integral.

2. PROGRAMA SÃO PAULO PELA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA (SPPI)

2.1. Histórico do SPPI

O Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância foi desenhado sob a premissa de que a promoção à saúde integral da criança e o aprimoramento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além de poderem também reduzir a mortalidade infantil, propõe uma série de ações de promoção do desenvolvimento infantil, no sentido de prover condições de desenvolvimento do pleno potencial da criança, criando bases para uma adolescência equilibrada e que conquistem sua plenitude na vida adulta, como indivíduos realizados emocional, social e profissionalmente, na busca de uma sociedade mais harmoniosa e justa.

O Programa teve início no ano de 2009, com uma relação direta da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), em parceria com municípios do estado de São Paulo (Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga), em áreas de atuação referentes ao período denominado Primeiríssima Infância (zero a três anos). Em 2011, ele passou a atuar também na microrregião da Cidade Ademar, bairro na Zona Sul da capital paulistana.

A partir da fase inicial do Programa no município de Itupeva na Região de Saúde de Jundiaí, os municípios desta região, percebendo os resultados ainda numa fase inicial, a pertinência e o potencial da proposta do programa se mobilizaram para solicitar a expansão para todos os municípios, principalmente das ações de formação e capacitação. A demanda foi acolhida pela funcionária da Secretaria de Estado da Saúde, que exercia a função de Articuladora da Atenção Básica para a região que viabilizou recursos financeiros através de programa de educação permanente do SUS.

Nesta fase, o Departamento Regional de Saúde VII – Campinas já estava envolvido nos processos de implantação do Programa nestes municípios e a partir do envolvimento desta regional de saúde da SES-SP é que o nível central da Secretaria de Estado da Saúde foi demandado.

Assim, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e a FMCSV celebraram o Convênio nº 150/2012, em 13 de dezembro de 2012, com vigência de sessenta meses, com o objetivo, mediante a conjugação de esforços dos convenientes, de viabilizar a execução das ações contidas no Programa, que passou a ser denominado São Paulo pela Primeiríssima Infância, em 5 regiões pré-estabelecidas no Estado, contemplando 41 municípios.

Num processo incremental, a SES-SP passou a incorporar institucionalmente o programa, absorvendo em comum acordo e total apoio da FMCSV todo o conhecimento gerado pela Fundação e pela experiência acumulada nesses municípios pioneiros, adotando-o como Programa da Secretaria de Estado da Saúde.

2.2 Objetivos e Eixos de atuação do SPPI

Com a adoção pelo Governo do Estado de São Paulo, os objetivos do SPPI foram mantidos:

- Obj. 1: promover o desenvolvimento integral da criança na primeiríssima infância (0 a 3 anos)

- Obj. 2: melhorar a qualidade do atendimento e cuidado às gestantes e crianças pequenas
- Obj. 3: promover o planejamento e a articulação intersetorial da gestão municipal e regional
- Obj. 4: mobilizar a sociedade para a importância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida

O Programa seguiu alinhado com o modelo de mudança que propõe que todo o sistema municipal (do gestor e profissionais às famílias e sociedade como um todo) construa um olhar ampliado e assumira uma nova postura com relação à *Primeiríssima Infância*:

Figura 1 - MODELO DE MUDANÇA



Neste fluxograma, estão explicitados a formatação de um novo modelo de atendimento à criança pequena e os resultados que se espera alcançar com a implementação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância nos municípios e nas regiões.

Para isso, seus objetivos estão relacionados a quatro eixos de atuação:

Estrutura de governança – criação de um Comitê Gestor Municipal para garantir a implementação e sustentabilidade do Programa. O grupo é formado por gestores e técnicos das secretarias da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social e representantes da sociedade civil, para planejar e definir prioridades, articular as ações entre os diversos setores da sociedade, monitorar e avaliar o Programa. Para isso, cada Município escolhe um articulador, responsável em coordenar o desenvolvimento do Programa Primeiríssima Infância no município e integrar o trabalho do Comitê.

Desenvolvimento de capacidades - oficinas de formação destinadas aos profissionais da rede, somadas à supervisão em serviço. Abordam intervenções-chave como: pré-natal e puerpério ampliados; grupos de famílias grávidas e com crianças de até três anos; espaços lúdicos; educação infantil de zero a três anos; humanização do parto e nascimento; puericultura ampliada.

Comunicação e mobilização social - produção de materiais de comunicação, campanhas de mídia e nas redes sociais, eventos e seminários. Uma das ações adotadas pelos municípios parceiros que favorece o trabalho intersetorial das áreas de atendimento é a Semana do Bebê com atividades voltadas às gestantes, crianças pequenas e suas famílias, envolvendo toda a comunidade. Algumas cidades participantes do SPPI criaram lei instituindo a Semana do Bebê com periodicidade anual.

Avaliação e monitoramento - Antes do início das atividades, o Programa realiza uma avaliação da linha de base do município ou região para definir qual é o cenário atual de atenção às gestantes e crianças pequenas e orientar o processo de implantação, servindo de parâmetro a outras avaliações. A partir da segunda fase de escala do programa, mencionada abaixo, adota-se um índice como ferramenta de monitoramento da situação da Primeira Infância nos Municípios Paulistas, o Índice Paulista de Atenção à Primeira Infância (IPPI).

As intervenções executadas pelo Programa e a organização da estrutura de governança intersetorial viabilizam a integração das três áreas de atendimento à Primeira Infância: Saúde, Educação e Desenvolvimento Social.

2.3 Produtos Universais

Com a adoção do Programa pelo Governo do Estado, foram incorporadas ao SPPI novas estratégias de promoção do desenvolvimento da primeiríssima infância para disseminação em todo Estado, denominados produtos universais:

- **Índice Paulista de Atenção à Primeira Infância (IPPI):** desenvolvido pela Fundação SEADE, em parceria com a SES e a FMCSV, é uma ferramenta de monitoramento da atenção à primeira infância no Estado e nos 645 Municípios Paulistas (<http://www.ippi.seade.gov.br>)
- **Cadernos SPPI:** coleção de 08 (oito) cadernos contendo a sistematização do SPPI em conjunto com ferramental para disseminação pelas próprias equipes municipais dos conteúdos de cada uma das intervenções-chave do Programa, sendo eles:

Caderno A: Histórico e fundamentação teórica do Programa SPPI;

Caderno B: Aprendizagem profissional com foco na promoção da Primeiríssima Infância;

Caderno 1: Formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas;

Caderno 2: Formação em trabalho com grupos: famílias grávidas e com crianças de até 3 anos;

Caderno 3: Formação em espaços lúdicos;

Caderno 4: Formação em educação infantil: 0 a 3 anos;

Caderno 5: Formação em Humanização do Parto e Nascimento;

Caderno 6: Formação em puericultura: práticas ampliadas.

- **Linha de cuidado da criança:** compõe-se por 04 (quatro) cadernos técnicos incorporando os elementos constitutivos da integralidade na promoção do desenvolvimento infantil, sendo eles:
 - a. Caderno da Família,
 - b. Manual de orientações ao Gestor, aos Gerentes de Unidades de Saúde e Profissionais de Saúde dos diversos pontos de atenção;
 - c. Manual de Acompanhamento da Criança; e
 - d. Manual de Neonatologia.

3. ABRANGÊNCIA DO SPPI

3.1. Fase 1 – 41 Municípios

O Estado de São Paulo conta com 17 Departamentos Regionais de Saúde, que por sua vez se estruturaram em 63 Colegiados de Gestão Regional no seu interior.

Com a adoção do Programa pelo Governo do Estado e em parceria com a FMCSV, o SPPI foi expandido dos seis primeiros municípios participantes para outros integrantes das mesmas Regiões de Saúde onde já existiam municípios apoiados diretamente pela FMCSV. Em seguida, foram incorporados outros municípios de Regiões de Saúde consideradas prioritárias para a SES-SP, definidas em função do levantamento de indicadores relacionados à saúde infantil. Nessa fase, portanto, o SPPI alcançou 41 Municípios paulistas nas seguintes regiões:

- **Região de Saúde Coração do DRS III** – 6 municípios com população total de cerca de 363 mil habitantes (Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e *São Carlos*).
- **Região de Saúde de Jundiaí** – 9 municípios com população total de cerca de 785 mil habitantes (Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Itatiba, Itupeva, Jarinu, Jundiaí, Louveira, Morungaba, Várzea Paulista).
- **Região de Saúde de Votuporanga** – 17 municípios com população total de cerca de 180 mil habitantes (Alvares Florence, Américo de Campos, Cardoso, Cosmorama, Floreal, Gastão Vidigal, General Salgado, Macaubal, Magda, Monções, Nhandeara, Parisi, Pontes Gestal, Riolândia, Sebastianópolis do Sul, Valentim Gentil e Votuporanga).
- **Região de Saúde de Itapeva** – 5 dos 17 municípios desta região (Apiaí, Itaóca, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé e Itapirapuã Paulista), com população total de 41 mil habitantes.
- **Região de Saúde do Litoral Norte** – 4 municípios da região (Caraguatatuba, Ilha Bela, São Sebastião e Ubatuba), com população total de 290 mil habitantes.

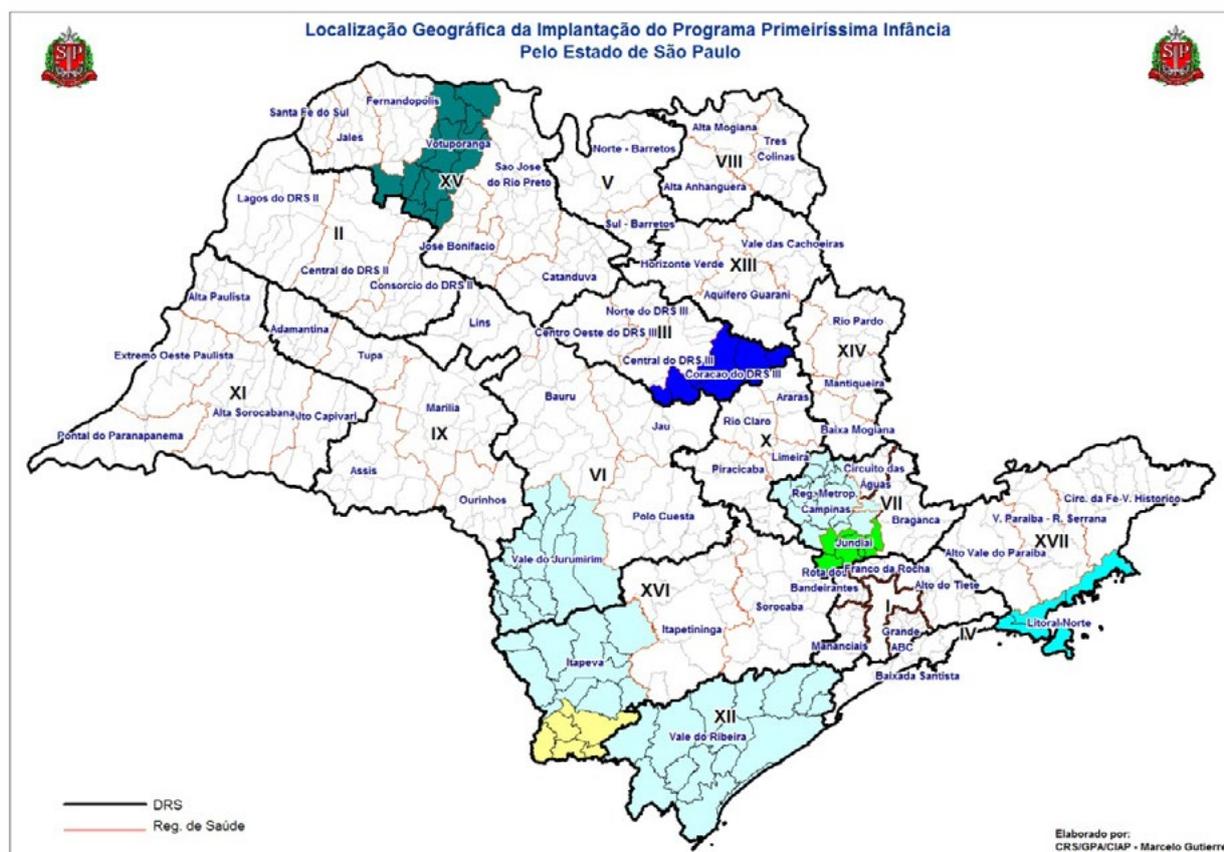
A fase 1 teve início em 2012 com duração de 5 anos, finalizando as intervenções no ano de 2017.

3.2. Fase 2 – 101 Municípios

Em paralelo à execução do SPPI nos Municípios previstos na fase 1, em 25 de setembro de 2015 foi anunciada a expansão do SPPI para os territórios de abrangência do Projeto Saúde em Ação, cofinanciado pelo BID, a saber: Região de Saúde do Vale do Ribeira, Região de Saúde Vale do Jurumirim, Região de Saúde de Itapeva e Região de Saúde da Região Metropolitana de Campinas.

Com a expansão, o Programa alcançará progressivamente, a partir de 2016, 60 novos municípios, totalizando 101 municípios, na somatória com os 41 da primeira fase.

Figura 2 – Mapa da implementação do Programa Primeiríssima Infância, 2015



Fonte: Governo de São Paulo (2015)

4. RECONHECIMENTO INTERNACIONAL

O Programa Primeiríssima Infância recebeu o Prêmio ALAS-BID em evento realizado em maio de 2015 na sede do BID em Washington, sendo vencedor na categoria *Best Innovation Award*. O Prêmio ALAS-BID para a Primeira Infância, promovido pela Fundação América Latina em Acción Solidaria (ALAS) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) tem o objetivo de reconhecer a inovação, a excelência e o investimento em programas que beneficiem a criança pequena na América Latina e Caribe.

Durante o mês de outubro de 2013, a consultora do BID responsável pelo concurso, Maria Gador Manzano, visitou as cidades de Itatiba e Itupeva, dois municípios dentre os nove que fazem parte do Programa na região de Jundiaí, para avaliar as intervenções realizadas na rede de atenção à gestante e à criança pequena, públicos-alvo do São Paulo pela Primeiríssima Infância.

O Programa foi o único projeto brasileiro selecionado que apresentou as características necessárias para concorrer ao prêmio, que ressaltou a importância de ações inovadoras, sustentáveis e replicáveis em qualquer cidade ou região, além do caráter integral e intersetorial que o sustenta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 21 de novembro de 2015

BRASIL. *Lei nº 8.080/1990* - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em 21 de novembro de 2015.

FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL. *Histórico e fundamentação teórica do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância*. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br>. Acesso em 21/11/2015.

FUNDAÇÃO SEADE. *Índice Paulista da Primeira Infância – IPPI*. Disponível em: <http://www.ippi.seade.gov.br>. Acesso em 21/11/2015.

HOLCMAN, N.M.; LATORRE, M.R.D.O.; SANTOS, J.L.F. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. *Revista Saúde Pública*, v. 38, n. 2, p. 180-186, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância*. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-sessp/saude-da-crianca/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia>. Acesso em 21/11/2015.

VIANA, A.L d´A.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de Políticas de Saúde. Em: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

OS DESAFIOS DA AVALIAÇÃO E DO MONITORAMENTO NAS POLÍTICAS PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

Floriano Pesaro

*Deputado Federal (PSDB-SP)
Secretário Estadual de Desenvolvimento Social de São Paulo*

O Brasil é um país avançado no reconhecimento dos direitos sociais dos cidadãos, mas ainda em desenvolvimento no que se refere à conquista dos mesmos.

Há 27 anos nasceu o maior arcabouço jurídico de garantia de direitos do País e, desde então, vislumbrar uma vida melhor, mais humana, justa e solidária refere-se a ele: a Constituição Federal. Como pano de fundo, sempre norteou a construção de políticas públicas do País. Seu princípio da igualdade move os gestores públicos na elaboração e implantação de ações com o objetivo de melhorar a vida das pessoas. A tão suprema Carta Magna trouxe consigo a criança e o adolescente como prioridades absolutas e dever de todos.

Nesse processo de construção foi possível identificar avanços significativos em relação à garantia de direitos das crianças e dos adolescentes, porém ainda temos um longo caminho a percorrer. Leis, normas e diretrizes específicas somadas a pesquisas e estudos ampliaram o olhar, sobretudo em relação ao desenvolvimento infantil. Pensando no recorte da primeira infância, de 0 a 6 anos, foi comprovado que o sucesso na fase adulta está inteiramente relacionado aos acontecimentos vividos nos primeiros anos de vida.

Pensava-se, até pouco tempo, que a política de educação fosse suficiente para preparar pessoas emancipadas, capazes de transformar o mundo. No entanto, especialistas trazem hoje informações e conhecimentos que evidenciam a necessidade de mudar a forma de fazer.

Não é possível promover o desenvolvimento da pessoa humana pensando somente na educação, tampouco nas políticas de saúde e de assistência social desconectadas. Ou seja, é fundamental uma abordagem integrada, capaz de potencializar as necessidades infantis de cuidado, atenção, proteção e estímulos psicossociais e cognitivos. Deve-se investir numa atenção holística irrigada pelo afeto e o acolhimento.

Criança feliz é o primeiro passo para um adulto realizado e solidário. Essa evolução requer uma mudança de paradigma, sobretudo na formulação e implantação de política que contemple as reais necessidades para um desenvolvimento saudável.

O marco legal da Primeira Infância apresenta uma série de direitos e obrigações que inovam o jeito de pensar a política pública. A união de esforços entre o poder Legislativo, Executivo, Judiciário e as organizações da sociedade civil marcam essa nova era.

A Rede Nacional pela Primeira Infância (RPNI), que produz conhecimento sobre o tema, formada por um grupo de instituições dos setores governamentais e não governamentais, executoras de ações para esse

público, elaborou um guia para criação de Planos Municipais capazes de orientar o gestor público. Contudo, a elaboração de um Plano desta importância necessita de monitoramento e avaliação para sua implantação. Para elaboração de um Plano Municipal é fundamental que o gestor público realize um diagnóstico situacional da Primeira Infância.

Com este fim, recomenda-se uso do instrumento de diagnóstico disponível no site do RPNI: www.primeirainfancia.org.br

1. A IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A avaliação ganhou espaço nas últimas décadas e passou a representar uma etapa fundamental de todo processo de elaboração e implantação de políticas públicas. No entanto, na prática ainda se configura um desafio para muitos, principalmente em relação à Primeira Infância, que apresenta características específicas, inovadoras, e por isso necessita de uma série de ações transversais entre diversas áreas.

A avaliação e o monitoramento são formas de pesquisa social aplicada que devem ter um compromisso ético-político, capazes de identificar processos e resultados, comparar dados de desempenho, julgar, informar e propor caminhos em direção à superação dos desafios nos quais as políticas incidem. Avaliar é julgar uma ação a partir de um referencial de valores explícito e aceito como tal pelos sujeitos que avaliam (Draibe, 2001).

O ato de avaliar tem por objetivo verificar se a implementação de projetos ou programas, enquanto política pública, atingiu ou não seus objetivos; interrogar os processos propostos; identificar elementos dificultadores e facilitadores; e fornecer informações que sirvam de subsídios para as intervenções necessárias, de modo a transformar a realidade desejada.

É necessário discutir os objetivos das políticas públicas a partir da relação entre o diagnóstico elaborado e o resultado das intervenções propostas, garantindo a participação dos envolvidos tanto na discussão dos focos de observação quanto na socialização dos dados coletados.

Dessa forma, a avaliação não constitui algo externo e pontual, deve ser vista como um processo que traz em si um potencial transformador, uma vez que propicia a todos os envolvidos, elementos de reflexão, produção de novos conhecimentos e aprimoramento de suas práticas de intervenção e da própria avaliação.

O monitoramento busca apreender processos e estratégias de execução. Ele oferece apoio imediato, facilita a circulação, a troca de experiências entre os envolvidos e fornece dados importantes sobre obstáculos e fragilidades apresentadas.

Segundo Brant de Carvalho (1999, p. 72), “é preciso apreender os processos e dinâmicas da ação como ponte/fluxo através do qual os objetivos se transformam em resultados”. Ou seja, por meio do diálogo entre os envolvidos, o processo avaliativo visa assimilar os processos por meio dos quais os resultados registrados foram alcançados.

Para monitorar e avaliar as políticas públicas, se torna necessário criar um plano de trabalho, articulado ao Plano de Ação da Política que se deseja implementar (Barolli, 1999).

O planejamento articulado deve focalizar a atenção em três aspectos primordiais:

- a. Criação de objetivos claros com coerência entre objetivos, ações e formas de avaliação.
- b. Definição de parâmetros (indicadores objetivos) que indiquem em que medida as ações estão atingindo a direção dos objetivos previstos.

- c. Elaboração de linha de base com informações (quanti e qualitativa) que forneçam dados do início do processo ou antes do monitoramento, a fim de se ter uma referência a partir da qual se verificará o quanto as metas e resultados foram atingidos.

Para tanto, é preciso olhar para o desenho da política e responder a algumas questões:

- Os objetivos do Plano de Ação estão suficientemente claros e especificam os resultados esperados?
- As ações estão bem detalhadas e correspondem aos objetivos?
- As estratégias de avaliação são adequadas para avaliar as ações e mostrar até que ponto se está caminhando rumo aos objetivos desejados?
- A linha de base traz informações que permitem conhecer a realidade antes da implantação do Plano? A Linha de Base possibilita comparar as ações ao final do processo avaliativo?

1.1. Indicador: componente fundamental do processo avaliativo

A proposta de Monitoramento e Avaliação, criada a partir do Plano de Ação, conterá um grupo de indicadores que permite tornar efetiva a avaliação.

O termo *indicador* significa “um parâmetro a ser qualificado ou quantificado por meio de dados ou informações”. Os indicadores cumprem uma dupla função no processo avaliativo:

- Balizam aspectos que serão privilegiados na avaliação para que se possa “medir” o grau de sucesso ou de fracasso em relação aos resultados esperados;
- Norteiam a escolha de métodos e estratégias de coleta de dados ou de informações no processo de avaliação.

A construção dos indicadores está relacionada ao tipo de avaliação que se quer realizar:

- Na avaliação diagnóstica, serão utilizados indicadores de diagnóstico. Esses indicadores subsidiarão a elaboração do desenho da Política, uma vez que retratam o contexto e o cenário da realidade territorial.
- Na avaliação de resultados, serão construídos indicadores de resultados. Esses indicadores mostrarão se uma determinada ação alcançou, ao final do processo ou de uma de suas etapas, o resultado idealizado.
- Na avaliação de processo serão elaborados indicadores de processo. Esses indicadores são sinalizadores que mostrarão, ao longo de uma implementação, se as ações em desenvolvimento estão favorecendo ou se aproximando aos objetivos pretendidos.

De modo geral, na avaliação de processo é importante que alguns dos indicadores que compõem a proposta sejam qualitativos, com foco na observação e registro de fatos significativos e, portanto, na coleta de dados qualitativos que possam evidenciar os processos em jogo.

Três perguntas norteadoras podem ajudar a definir os indicadores:

- O que se quer medir?
- Como se pode medir?
- Quem pode medir?

Na definição de indicadores é importante garantir alguns critérios e características, a saber:

Relevância e pertinência: O indicador deve medir os elementos mais significativos do Plano de Ação e ainda aqueles diretamente relacionados ao que se quer avaliar.

- *Serem suscetíveis de medição:* A realidade sobre a qual se quer construir o indicador deve ser mensurável, sendo a expressão quantitativa ou qualitativa do indicador.
- *Facilidade de interpretação:* O indicador deve ter relação com o que se quer medir e ser de fácil compreensão do público-alvo a que se destina.
- *Acessibilidade:* O indicador deve se pautar em dados facilmente disponíveis de forma que se possa obtê-lo mediante um custo aceitável, tanto em termos monetários como de recursos humanos.

1.2. O uso da informação

A avaliação e o monitoramento serão importantes ferramentas de gestão, na medida em que todo conhecimento produzido seja de fato utilizado para aprimoramento e eficácia das políticas públicas.

É preciso que os atores envolvidos na formulação, na implantação e na avaliação das políticas públicas utilizem efetivamente a informação produzida para extrapolar a constatação. Usar a informação implica em sair da zona de conforto, pressupõe reconhecer, muitas vezes, que os objetivos iniciais da ação precisam ser modificados, reformulados, aprimorados em função das reais necessidades do público-alvo.

2. O ESTADO DE SÃO PAULO E A PRIMEIRA INFÂNCIA

Pensar Política Pública pela Primeira Infância significa pensar um novo modelo de governança, uma vez que requer um trabalho efetivamente intersetorial. Fala-se em intersetorialidade há um bom tempo, no entanto, na prática esse modelo de gestão ainda se configura um embrião.

Cabe ao município a execução e implantação de política pública para atender as crianças e os adolescentes, levando em consideração o desenvolvimento integral. O Estado assume um papel mais amplo focado na articulação, na formação de equipes técnicas para execução das ações implementadas, ou seja, o Estado se torna um grande parceiro no cofinanciamento e no monitoramento dos Planos Municipais elaborados.

Nesse sentido, o Governador Geraldo Alckmin lançou, em 2013, o **Programa São Paulo pela Primeira Infância** (SPPI), uma parceria entre a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

O Programa acontece em parceria com municípios paulistas. Iniciou suas ações com um piloto em oito cidades e em virtude dos bons resultados atingidos foi ampliado para mais 33, sendo que hoje já abrange 101 cidades.

O SPPI visa qualificar o atendimento às gestantes e às crianças de 0 a 3 anos, assim como às suas famílias, para o desenvolvimento infantil pleno, por meio de quatro eixos: i) apoio à governança, com implantação de ações em rede e intersetorial; ii) desenvolvimento de capacidades, com a formação de profissionais das áreas envolvidas; iii) mobilização comunitária via sensibilização da sociedade em geral sobre a importância da Primeira Infância para o desenvolvimento social, político, cultural e econômico local; e iv) monitoramento e avaliação como instrumento fundamental para aprimoramento da Política.

Atualmente, o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância, na perspectiva de aprimorar seu modelo de governança, integrou na sua gestão a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social de São Paulo rumo à consolidação de uma política estadual intersetorial.

A Política Nacional de Assistência Social atua em três dimensões protetivas: Básica, Especial e de Média e Alta Complexidade. Dentro da Proteção Básica é oferecido o serviço de convivência e fortalecimento de vínculos sociofamiliares, que dispõe de ações específicas para crianças até 6 anos e suas famílias. Mediante a elaboração de um Plano Municipal de Assistência Social, o Estado cofinancia as ações das cidades que desenvolvem esse serviço. Hoje o Estado tem 222 municípios que recebem esse cofinanciamento e são atendidas 24.989 crianças.

O Comitê Intersetorial no Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância, por meio de suas ações de articulação, contribuirá para que esse serviço seja ampliado de 34% para 100% dos municípios paulistas.

O fazer avaliativo como umas das dimensões do SPPI e o engajamento de todos os envolvidos, desde sua concepção, proporcionou a consumação de uma parceria com a Fundação SEADE para criação do Índice Paulista da Primeira Infância (IPPI).

O IPPI é um importante instrumento de gestão para pautar os municípios na elaboração, implantação e monitoramento das políticas públicas para Primeira Infância. Sua metodologia pode ser replicada em todos os Estados do Brasil. [COLOCAR EM DESTAQUE – TIPO BOX OU SIMILAR]

Ele retrata a capacidade dos Municípios do Estado de São Paulo de promover o desenvolvimento infantil, por meio do acesso aos serviços de saúde e educação, cujo público-alvo são crianças de até 5 anos e 11 meses. Foi criado com base em indicadores sintéticos independentes para cada uma das suas dimensões. Na saúde utilizou indicadores de esforço e resultado e na educação indicadores de qualidade e cobertura.

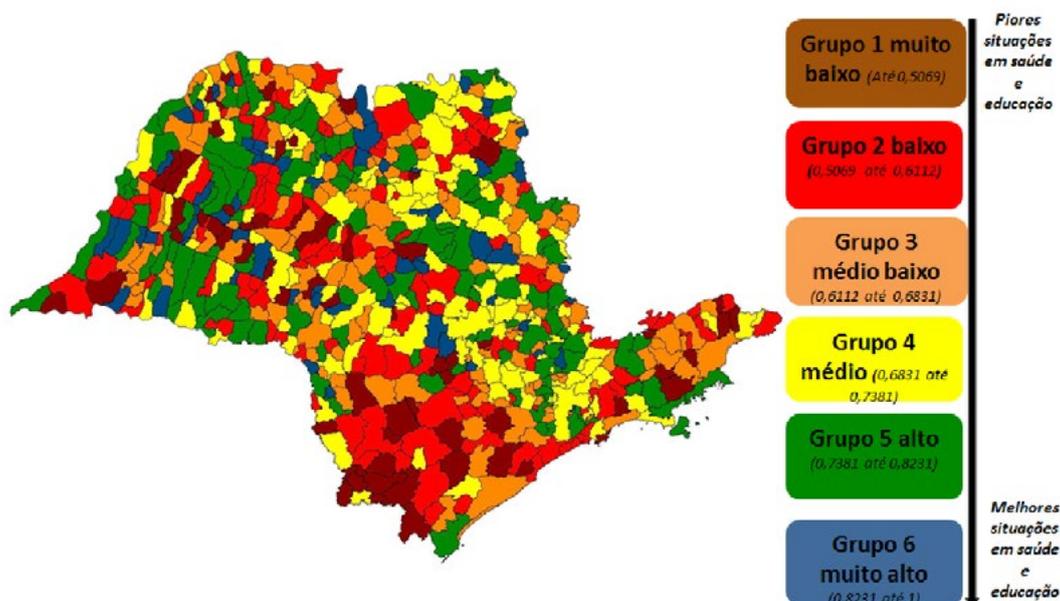
Na dimensão saúde, o IPPI leva em consideração as variáveis percentuais de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg) e percentual de partos não cesarianos no SUS, a fim de medir o esforço. Já o resultado foi aferido por meio das variáveis de taxa de mortalidade na infância e taxa de mortalidade por causas evitáveis em menores de um ano.

Na dimensão educação, para medir qualidade considerou as variáveis de número médio de profissionais por turma e o número médio de docentes com ensino superior, para cada 26 crianças, em creches nas redes públicas e conveniadas. A cobertura foi mensurada por meio das variáveis de matrículas em creches e pré-escola.

O índice foi classificado em 6 grupos, sendo o 6 composto por municípios que apresentam os melhores índices e 1 pelos mais frágeis, que necessitam de um apoio maior do Estado. Seus resultados variam 0 a 1 e deve-se considerar 1 como melhor resultado e 0 como pior.

2.1. Mapa do Índice Paulista da Primeira Infância do Estado de São Paulo

Municípios segundo grupos do Índice Paulista da Primeira Infância – IPPI



O Estado de São Paulo tem um IPPI de 0,72 e sua distribuição nos grupos de 1 a 6 apresenta um equilíbrio entre cidades com melhores e piores índices. A quantidade de municípios mais frágeis em relação ao IPPI é inteiramente proporcional à quantidade de municípios cujo IPPI é alto. Nos grupos 1 e 2, São Paulo tem 193 municípios entre os índices mais baixos; e 194 municípios entre os mais altos, nos grupos 5 e 6. Os demais, 41% dos municípios do Estado, estão distribuídos nos grupos 3 e 4.

Os municípios com piores índices estão presentes em todas as regiões do Estado, com destaque para região de Itapeva, Registro e Baixa Santista. Já as cidades com melhor resultado se concentram nas regiões de Campinas, Central e Noroeste do Estado.

3. CONCLUSÃO

Diante da clareza de que o bom investimento na Primeira Infância acarreta resultados sociais relevantes para a diminuição da pobreza e para a melhoria do crescimento econômico, faz-se necessário a ampliação de políticas públicas de qualidade para esse público.

Embora a Primeira Infância tenha entrado como prioridade na agenda política tardiamente, a união entre os entes federados e a sociedade civil tem mostrado um esforço positivo que resultou na elaboração do Marco Legal para a Primeira Infância, uma grande conquista para as crianças brasileiras.

Junto com ele, o componente da avaliação e do monitoramento torna-se obrigatório para implementação de políticas públicas.

Elaborar planos de monitoramento, com a participação de todos os atores envolvidos na rede de cuidados da criança, possibilita uma melhor apreensão dos resultados da Política Pública, de tal forma que o fazer avaliativo se torne transformador e enriquecedor das ações.

A criação de parâmetros de monitoramento também deve acontecer de forma democrática, respeitando a diversidade cultural local.

O Estado de São Paulo ainda tem um longo caminho pela frente na busca do desenvolvimento infantil saudável e de qualidade para todos, sobretudo em relação à oferta dos serviços de saúde, assistência social e educação. No entanto, acredita-se que o IPPI qualifique e oriente ações integradas e intersetoriais, com vistas a alcançar resultados capazes de formar cidadãos plenos e vencer o ciclo intergeracional da pobreza e da exclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Célia M. de (coord.), *Gestão de Projetos Sociais*, São Paulo, AAPCS, 2001.

BAROLLI, Elisabeth; MENDES BORGES, Neusa. Avaliar o Plano de Ação Educativa e Corrigir Rumos. In: BRANT DE CARVALHO, M. C.; NUDELMAN, S. (Coords.) *Melhoria da Educação no Município: um trabalho coletivo*. Volume 4. São Paulo: Peirópolis/CENPEC, 1999.

DRAIBE, Sonia Mirian “*Avaliação de implementação esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas*”, in *Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*, IEE PUC, São Paulo, 2001.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GOLZALEZ, R. *Uma Experiência de Desenvolvimento Metodológico para Avaliação de Programas: o modelo lógico do Programa Segundo Tempo*, Brasília: IPEA (Texto para Discussão n. 1.369), 2009.

JOPPERT, M. P. *Tendências da Avaliação de Projetos Sociais no Brasil [Apresentação]*, 2009.

National Scientific Council on the Developing Child e National Forum on Early Childhood Policy and Programs. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*, <http://www.developingchild.harvard.edu>, 2010.

SCHADY, Norbert. *Desenvolvimento da Primeira Infância na América Latina e no Caribe. Acesso, resultados e evidência longitudinal do Equador*. BID, 2014.

SHONKOFF, Jack P. “Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds”, *Science*, vol. 333, 2011

W. K. KELLOGG FOUNDATION. *Logic Model Development Guide: using logic models to bring together planning, evaluation and action*, Michigan: Kellogg Foundation, 2004.

Sites:

www.ippi.seade.gov.br

www.primeirainfancia.org.br

www.fmcsv.org.br

O QUE GRANDES CIDADES E POLÍTICAS INTERSETORIAIS PODEM FAZER PELA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PELO DESENVOLVIMENTO INFANTIL INTEGRAL

Ana Estela Haddad

*Primeira-Dama do Município de São Paulo
Coordenadora da Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância
Livre Docente, Professora Associada da FOUSP*

Cássia Marques da Costa

*Assessora Especial da Primeira-Dama do Município de São Paulo
Mestre em Relações Internacionais pela Universidade de São Paulo*

Otávio Facuri Paiva

*Assessor Especial da Primeira-Dama do Município de São Paulo
Bacharel em Direito pela Universidade de São Paulo*

Terciane Gonçalves

*Assessora de Comunicação da Primeira-Dama do Município de São Paulo
Graduada em Jornalismo pela Faculdade Casper Líbero*

Teresinha Pinto

*Assessora da Primeira-Dama do Município de São Paulo
Mestre em Parasitologia Clínica pela Universidade de São Paulo*

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)⁷, a responsabilidade por assegurar o direito ao pleno desenvolvimento na infância e na adolescência é compartilhada pelo Estado, pela sociedade e pela família. Uma das medidas do estágio de desenvolvimento de uma sociedade está na abrangência e efetividade de suas políticas sociais, entre elas, a proteção à infância.

*A infância constitui uma etapa da vida com sentido e conteúdos próprios. Adultos inteligentes, criativos, empreendedores, com ampla flexibilidade mental são, antes, consequência que objetivos da ação nos primeiros anos de vida. Por isso, não olhamos para as crianças na perspectiva do adulto que queremos ver nela; olhamos para elas por serem crianças, cidadãs, sujeitas de direitos. Entender a criança como pessoa em desenvolvimento implica dar plenitude ao momento da infância por ela ter sentido em si mesma. Isto quer dizer: **a criança vive um***

7 BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

conteúdo próprio da existência humana intransferível para outras idades e sedimentadora da adolescência, da juventude e da vida adulta. (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2008)⁸

A cidade de São Paulo é o principal centro financeiro, corporativo e mercantil da América do Sul. É a cidade brasileira mais influente no cenário global, sendo considerada a 14ª cidade mais globalizada do planeta e exerce essa significativa influência nacional e internacional, seja do ponto de vista cultural, econômico ou político. O município possui o 10º maior PIB do mundo, representando, isoladamente, 11,5% de todo o PIB brasileiro e 36% de toda a produção de bens e serviços do estado de São Paulo, sede de 63% das multinacionais estabelecidas no Brasil. É também a cidade mais populosa do Brasil, e é a sétima cidade mais populosa do planeta. O novo Plano Diretor aproxima emprego e moradia, reequilibrando a cidade. Segundo o último censo oficial⁹, realizado no ano de 2010, a cidade de São Paulo possuía 11.253.503 de habitantes, dos quais 1.821.260 eram crianças.

Neste capítulo são relatados os avanços que vêm sendo obtidos desde a implantação da Política Municipal para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, em agosto de 2013, subdivididos em alguns eixos principais: saúde; educação; uso e apropriação do espaço urbano; cultura; garantia de direitos fundamentais; e participação democrática. A partir do compartilhamento do que vem sendo produzido em São Paulo e em outras cidades brasileiras, espera-se oferecer estímulos para o avanço de políticas públicas voltadas aos cuidados com a primeira infância no país.

A gestão municipal da cidade de São Paulo (2013-2016) é conduzida com base em um Plano de Governo¹⁰, que foi construído a partir de planejamento participativo e traduzido em um Programa de Metas¹¹. O fio condutor do Programa de Metas partiu da constatação de que os mais de 11 milhões de paulistanos convivem com uma realidade profundamente desigual, resultado do baixo investimento na cidade, e de um longo processo de formação histórica no qual a maioria dos governos municipais atuou sem o uso de mecanismos de planejamento. Os três eixos estruturantes do plano de governo são: compromisso com os direitos sociais e civis; desenvolvimento econômico sustentável com redução das desigualdades; e a gestão descentralizada, participativa e transparente.

O plano estratégico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF/2014-2017) defende o avanço no direito de toda criança, especialmente as que se encontram em situação de maior desvantagem, nas seguintes áreas prioritárias: saúde; acesso à água, rede de esgoto e higiene; proteção do HIV/AIDS; proteção contra a violência, abuso e exploração; educação de qualidade; nutrição, redução da pobreza e da exclusão social. De acordo com a Declaração Política do Rio (2011) sobre os Determinantes Sociais de Saúde:

As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros

8 REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. *Plano Nacional pela Primeira Infância*. Brasília, 2008.

9 IBGE, 2010. *Censo Demográfico de 1991*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

10 SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO DO PT-SP. *Plano de Governo: Um Tempo Novo para São Paulo*. Haddad Prefeito 2012: São Paulo, ago/2012. Disponível em: http://jornalggn.com.br/sites/default/files/documentos/programa_de_governo_haddad.pdf. Acesso em: 26/09/2015.

11 PREFEITURA DE SÃO PAULO. *Programa de Metas 2013-2016*. Disponível em: <http://planejasampa.prefeitura.sp.gov.br/metas/>. Acesso em: 26/09/2015.

anos de vida, educação [...] habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011)¹²

O município de São Paulo, comprometido com a infância, criou a *Política Municipal para a Promoção do Desenvolvimento Integral da Primeira Infância*, denominada “São Paulo Carinhosa”¹³. O programa traduz os grandes compromissos assumidos no Programa de Metas, assegurando prioridade às crianças. O Comitê Gestor do Programa é composto por 14 Secretarias Municipais, enfatizando a construção de ações intersectoriais, a partir das necessidades e especificidades de cada território e dos indicadores de desenvolvimento social.

As iniciativas selecionadas, além de seu caráter intersectorial, contaram com a participação integrada do poder público executivo municipal, da sociedade civil organizada, de universidades, da comunidade e, em especial, das crianças, promovendo seu protagonismo e a educação para a cidadania.

1. RETOMANDO E FORTALECENDO O DESENVOLVIMENTO INFANTIL INTEGRAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O desenvolvimento infantil integral engloba as dimensões cognitiva, motora, emocional e social. Para que seja alcançado, e para uma infância feliz, cada bebê depende de cuidadores com quem possa estabelecer vínculos afetivos estáveis, de ambiente seguro e protegido e de nutrição adequada.

Evidências científicas (SHONKOFF, 2011; 2012; NELSON; FOX; ZENEATH JR, 2013)¹⁴ comprovam os efeitos devastadores, com reflexos por toda a vida, das situações de negligência e violência vivenciadas durante os primeiros anos de vida. Estudos na área da neurociência (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2007; 2010)¹⁵ indicam que nesta fase se desenvolve a arquitetura cerebral, onde cada etapa é fundante para as subseqüentes. Dessa maneira, a interatividade entre a criança e o cuidador é fundamental para seu desenvolvimento e aprendizagem, uma vez que a vivência recorrente de situações de negligência ou violência poderá desencadear o chamado “stress tóxico” (SHONKOFF, 2011; 2012).

Considerando a importância de monitorar o crescimento e o desenvolvimento infantil integral, bem como de fornecer apoio às famílias na ampliação de suas competências para o cuidado e a formação do vínculo, a São Paulo Carinhosa, com apoio do Ministério da Saúde, está implementando uma iniciativa com base na visita domiciliar (VD) para gestantes e crianças de 0 a 3 anos de idade.

A seleção das famílias aptas a receber a VD com foco no desenvolvimento infantil foi realizada a partir dos seguintes critérios: a) famílias em situação de extrema pobreza cadastradas no Programa Bolsa Família; b) recém-nascidos prematuros ou de baixo peso; c) crianças com deficiência; d) asfíxia perinatal grave; e) infecções congênitas; f) famílias com situação de violência; g) mães com dependência de álcool ou outras drogas; h) depressão maternal; i) adolescentes grávidas; j) mães com baixa escolaridade. O público-alvo da VD foi estimado em 200.000 famílias.

12 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: Rio de Janeiro, 2011.

13 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Decreto nº 54.278*, de 28 de agosto de 2013.

14 SHONKOFF, Jack P. Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science*, Vol. 333, 19 August 2011.

_____. *Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development*. Proceedings of the National Academy of Sciences – PNAS Early Edition, p. 1-6, 2012.

NELSON, C.; FOX; ZENEATH JR. *Anguish of the Abandoned Child*. Scientific American, April 2013.

15 CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*. Center on the Developing Child at Harvard University, July 2010. Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>. Acesso em: 15/09/2015.

_____. *The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper #5*. Center on the Developing Child at Harvard University, December 2007. Disponível em: <http://www.developingchild.net>. Acesso em: 15/09/2015.

A primeira etapa do projeto consistiu em selecionar uma experiência bem-sucedida em cada uma das seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) do município, tal como a do Projeto Pré-Natal do Homem, iniciativa inovadora que teve início na CRS Leste, em Ermelino Matarazzo. Na segunda etapa foram realizados 13 seminários de sensibilização dos profissionais de saúde, dos quais participaram 1.934 profissionais, sendo 1.539 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 265 enfermeiros que farão a supervisão dos ACS nas VD e 130 profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além dos profissionais de saúde, participaram dos seminários as respectivas Diretorias Regionais de Ensino, profissionais da rede municipal de educação e de assistência social, entendendo a importância de se construir a articulação intersetorial em cada território, integrando as políticas públicas para que possam endereçar de forma efetiva as necessidades e expectativas da população.

Na fase inicial de implantação, foram envolvidas 88 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 384 Equipes de Saúde da Família (ESF). O curso de formação inicial dos ACS teve a duração de 48 horas, alternadas com períodos de dispersão em campo, a cada 8 horas presenciais. No total, foram realizadas 32 horas presenciais e 16 horas com atividades de dispersão e a distância.

Entre as lições aprendidas, destaca-se a importância da supervisão das visitas pelo profissional de nível superior e da articulação de uma rede de proteção intersetorial, capaz de apoiar o trabalho da ESF, em especial nos casos que envolvem violência e maior vulnerabilidade.

Outra iniciativa que também envolve a intersetorialidade é a parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, voltada à ampliação das ações de prevenção de deficiências com atenção à gestante e ao recém-nascido de alto risco. Está sendo implementada a fase IV do teste do pezinho, com a identificação de duas situações adicionais, a deficiência de bionitidina e a hiperplasia adrenal congênita, incluindo também a triagem auditiva e visual. Está prevista a capacitação de 2.000 médicos, 3.000 enfermeiros e também professores e cuidadores que atuam na educação infantil municipal.

2. ACESSO E QUALIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL

A Educação Infantil (EI) na faixa etária de 0 a 3 anos de idade tem efeito equalizador das desigualdades nas fases iniciais do desenvolvimento humano. Nessa linha, uma das metas do Plano Nacional de Educação (2014-2024) é garantir a cobertura de 50% de educação infantil nessa faixa etária e a universalização para a idade de 4 a 5 anos até 2022.

Vale ressaltar que o financiamento federal para a EI passou a existir graças à Emenda Constitucional nº 29, de 2007, que substituiu o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (Fundef), que financiava apenas o ensino fundamental, pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), que passou a incluir a educação infantil e o ensino médio. Outro passo importante foi dado em 2009 pelo Ministério da Educação (MEC), com a criação dos Indicadores de Qualidade da Educação Infantil (MEC, 2009)¹⁶.

O município de São Paulo, que já alcançou a cobertura de 50% das crianças de 0 a 3 anos (247.643 matrículas garantidas), tem ainda o desafio de ampliar o número de vagas para incluir as 80.000 crianças que ainda permanecem na fila. Neste ano de 2015, combinando múltiplas estratégias, foram criadas 33.000

16 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Indicadores da Qualidade na Educação Infantil*. Secretaria da Educação Básica. Brasília: 2009.

novas vagas e implementados os *Indicadores da Qualidade na Educação Infantil no Município* (PMSP, 2015)¹⁷, baseados nos nacionais, mas discutidos por toda a rede de ensino, com base nas realidades locais.

No que diz respeito à alimentação, foi desenvolvido um trabalho de sensibilização junto ao Departamento de Alimentação Escolar (DAE), que é responsável por 2 milhões de refeições por dia, incluindo a educação infantil. Seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE/MEC), o DAE reduziu o teor de açúcar e gordura dos alimentos oferecidos, ampliou o uso de alimentos orgânicos e não processados, e passou de 3% para 23% de utilização de produtos oriundos da agricultura familiar. A partir do *Prêmio Educação Além do Prato*, instituído em 2014, toda a comunidade escolar e das famílias foram envolvidas na construção de projetos de educação alimentar. Foram selecionadas as melhores receitas que comporão um livro a ser disponibilizado para a rede escolar e as merendeiras premiadas fizeram uma viagem à África, com o apoio da FAO/ONU para compartilhar suas experiências.

Figura 1. Vencedoras da equipe do Departamento de Alimentação Escolar da Secretaria Municipal da Saúde em visita ao Senegal, como resultado do Prêmio Educação Além do Prato



Crédito: divulgação FAO/ONU

Por meio desta ação, atividades educativas voltadas à aquisição de hábitos alimentares saudáveis passaram a integrar os projetos pedagógicos escolares do *Programa Na Mesma Mesa*, implantado em julho de 2015, que promove a interação mais próxima entre alunos e professores no momento da refeição.

17 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. *Indicadores da Qualidade na Educação Infantil Paulista*. Secretaria Municipal de Educação - Diretoria de Orientação Técnica. São Paulo: SME/DOT, 2015.

Outra iniciativa articulada pela São Paulo Carinhosa está relacionada à criação dos *Parques Sonoros nos Centros de Educação Infantil* (CEI). Além de promover experiências e o ato de brincar com objetos sonoros, os parques estimulam a criança a construir seus próprios instrumentos e a realizar composições.

No campo da saúde, o *Programa Saúde na Escola* (PSE) foi ampliado para a educação infantil, por meio de parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Em 2014, o PSE realizou o exame clínico de 566.000 crianças da rede municipal escolar, incluindo a avaliação antropométrica, de saúde ocular, situação vacinal e de saúde bucal. Foram encaminhadas para algum tipo de intervenção, a partir de possíveis sinais de agravo, aproximadamente 306.000 crianças.

Por sua vez, a implementação dos Indicadores da Qualidade na Educação Infantil vem servindo como referência para a autoavaliação institucional em algumas dimensões importantes, quais sejam: planejamento e gestão educacional; multiplicidade de experiências e linguagens em contextos lúdicos para as infâncias; estímulo a interações; promoção da saúde e bem-estar; valorização da experiência de ser cuidado, cuidar de si, do outro e do mundo; fortalecimento de ambientes educativos; reconhecimento da importância da formação e das condições de trabalho dos educadores e das educadoras; consolidação de uma rede de proteção socio-cultural que envolva Unidade Educacional, família, comunidade e cidade; atenção às relações étnico-raciais e de gênero; participação e escuta de bebês e crianças.

3. TERRITÓRIOS DO BRINCAR: O ESPAÇO URBANO REVISTO A PARTIR DO OLHAR E DA VOZ DA CRIANÇA

A cidade de São Paulo possui cerca de 11,2 milhões de habitantes, dos quais 1,8 milhões são crianças.¹⁸ Ainda que muitos esforços venham sendo feitos por parte do poder público municipal no sentido de promover uma maior interação entre a criança e o espaço público, uma pequena parcela dessas crianças ainda vive privada dessa convivência, pelo ambiente e pelas condições em que vive.

Uma pesquisa recente conduzida pela Fundação holandesa Bernard van Leer levantou um diagnóstico sobre a vida de crianças de 0 a 8 anos, explorando suas experiências de violência e partindo da percepção de diversos atores, além das próprias crianças.¹⁹

A pesquisa constatou que aproximadamente 25 mil famílias vivem em cortiços²⁰ na cidade e que, nesses ambientes, existe uma alta prevalência de violência contra crianças. A criança moradora de cortiço está sujeita a diversas situações de risco físico e psíquico. A insalubridade do ambiente é visível, uma vez que estes espaços são geralmente acomodações impróprias e precárias, sem ventilação, sem proteção térmica, com riscos de incêndios e outros tipos de acidentes. Além disso, a falta de privacidade, de local apropriado para o estudo, a falta de espaços e momentos de brincar, e a exposição muito próxima a um fluxo muito grande de pessoas tornam esse ambiente ainda mais perigoso.

Nessa pesquisa, foram identificadas 439 crianças vivendo em cortiços em São Paulo. Tendo como critério o maior número de crianças, um cortiço da região central foi selecionado. O local passou por melhorias

18 IBGE, *Censo Demográfico de 1991*. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

19 PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. *Relatório Síntese Infância e Violência: Cotidiano de crianças pequenas em favelas e cortiços de São Paulo*. Centro de Análises Econômicas e Sociais (CAES-PUCRS), set/2014.

20 Cortiços são moradias coletivas multifamiliares, constituídas por uma ou mais edificações construídas em lote urbano, subdivididas em vários cômodos alugados, subalugados ou cedidos a qualquer título, com várias funções exercidas no mesmo cômodo. Há acesso e uso comum dos espaços não edificados e instalações sanitárias, com circulação e infraestrutura, no geral, precárias e com superlotação de pessoas.

nas condições de habitação e foram acionadas as redes de saúde, educação e assistência social, garantindo a essas famílias os benefícios sociais.

Ademais, uma intervenção urbana foi planejada para criar um espaço dedicado ao brincar e à convivência para todas as idades. O projeto foi desenvolvido por alunos do Curso de Arquitetura da Escola Belas Artes, a partir da escuta das crianças pela ONG CriaCidade. A maquete da praça foi aprovada pelas crianças e está em fase preparatória para a sua execução. Dessa maneira, tem se buscado privilegiar o protagonismo infantil na ocupação e uso do espaço urbano, objetivos em total alinhamento com o Programa de Metas.

Figura 2. Crianças moradoras do bairro do Glicério, no centro da cidade, conhecem maquete da praça projetada por alunos de arquitetura da Faculdade Belas Artes, a partir da escuta das crianças



Crédito: Eduardo Ogata/2014

Além da qualificação dos espaços de brincar nestas áreas, a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida (SMPED) colocou brinquedos adequados a crianças com necessidades especiais em algumas escolas de educação infantil. Também se promoveu a formação de cuidadores e familiares no que tange a brincadeira e o brinquedo como importantes instrumentos de mediação e socialização, construídos a partir da escuta das crianças e da utilização de materiais inservíveis, como braços de luminárias de ruas (trocadas pela administração).

Outra ação importante foi a ressignificação do conceito de ruas de lazer, trazendo a discussão da comunidade na construção coletiva dos espaços nas ruas com a inclusão de materiais e brinquedos voltados às crianças pequenas, onde líderes da rua são formados pela Secretaria de Esportes para dirigir atividades lúdicas que ocorrem aos domingos em ruas fechadas pela municipalidade.

4. A CULTURA NA CIDADE PARA AS CRIANÇAS: UMA CIDADE PARA BRINCAR

A política de cultura do município de São Paulo, na gestão do Prefeito Fernando Haddad, tem como um dos seus princípios norteadores a democratização do acesso de toda a população às atividades culturais. Pela primeira vez, a criança ganha um espaço privilegiado na política de programação cultural da cidade, antes só pensada para adultos. Na prática, isso se dá pela cessão de espaços culturais tradicionalmente não reservados a elas, pela demanda por programadores especializados em cultura para crianças e famílias, além da inclusão

dessas atividades no calendário cultural oficial da cidade. Trata-se de um olhar que busca transformar o espaço da cidade para as crianças, equacionar melhor o seu uso e a sua disponibilidade.

4.1. Fortalecer vínculos

No lançamento do Programa São Paulo Carinhosa, a partir do eixo de humanizar o território da cidade, o processo de escuta com interlocutores de cultura e da sociedade civil resultou na ampliação da oferta de atividades culturais para as crianças, tanto nos espaços públicos, quanto nos equipamentos municipais de cultura. Também foram criados novos espaços para brincar, práticas esportivas, ruas de lazer, a implantação de parques sonoros em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, e atividades voltadas à prevenção da violência e à mediação de conflitos.

No decorrer do processo, públicos vulneráveis, mas sem vozes que até então os representassem, foram acessados: crianças sob proteção da Justiça, vivendo em instituições de acolhimento e também aquelas integrantes do Programa de Redução de Danos “De Braços Abertos” foram integradas. Foram incluídos também imigrantes, refugiados e crianças com deficiência.

Em 2014, por ocasião do Dia Mundial da Pessoa com Deficiência, a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida e a Secretaria Municipal de Cultura promoveram um concerto da Orquestra Experimental de Repertório, sob regência do Maestro Carlos Moreno, dirigido para as crianças e adolescentes com deficiência na cidade. Algumas relataram ter sido este seu primeiro contato com uma orquestra e os surdos puderam sentar-se no tablado de madeira montado para que elas pudessem sentir a vibração dos instrumentos.

4.2. O surgimento do Circuito São Paulo de Cultura

O Circuito São Paulo de Cultura foi concebido para integrar todas as regiões da cidade por meio da música, dança, teatro e circo, em uma rede descentralizada e que pudesse promover o trânsito de produções pelos 244 pontos disponíveis. Integrada com a São Paulo Carinhosa, o Circuito passou a oferecer uma variedade de atrações artísticas para o público infantil, incentivando o diálogo entre as culturas centrais e periféricas, e estimulando as manifestações locais.

Com a chegada do Circuito Infantil São Paulo de Cultura, a Cidade de São Paulo desenvolve um programa focado na infância que permeia todo o perímetro da cidade, com orçamento, orientação e diretrizes, suprimindo uma demanda por programação infantil de qualidade historicamente reprimida.

Em geral, as atividades têm sido divididas entre as três faixas etárias: 0 a 3 anos, 4 a 7 anos e 8 a 12 anos. A curadoria definiu trabalhos premiados e com possibilidade de se apresentarem não apenas uma vez, mas pelos diferentes equipamentos em diferentes regiões da cidade. Entre 2013 e 2014, o Aniversário da Cidade, Carnaval e Viradinha contaram com um público superior a 15 mil espectadores (entre pais e crianças). No perfil da programação: teatro, contação de histórias, oficinas, brincadeiras, circo e música.

Figura 3. Famílias e crianças que vivem em instituições de acolhimento assistem aos shows na Praça Roosevelt, durante a Viradinha, em maio de 2014 – Circuito São Paulo de Cultura



Crédito: Eduardo Ogata/2014

4.3. As diretrizes da política da cultura e integração com a primeira infância.

As diretrizes são três: programação, formação e território. Além de ativar de modo integrado a rede de equipamentos municipais, que no caso de São Paulo deve ser uma das maiores, senão a maior do País, nessa gestão a Secretaria de Cultura retomou participação na gestão dos Centros Educacionais Unificados (CEUs).

Dentre os compromissos com os direitos sociais e civis das crianças assumidos pela *São Paulo Carinhosa*, está o Direito de Brincar. Outro aspecto é o resgate da cidadania nos territórios mais vulneráveis, atento às populações mais vulneráveis, com total articulação aos territórios mais vulneráveis. E essa diretriz vem do plano do atual governo.

A cultura pode dar suporte à educação e à saúde, no combate à violência e expressão de direitos humanos e garantias de direitos. Isso foi reforçado pela inclusão das crianças em situação de acolhimento institucional, imigrantes, e refugiadas na programação cultural da cidade. A Viradinha Cultural tem crescido a cada ano, demonstrando o potencial da programação para infância. Houve a consolidação do mapeamento dos territórios vulneráveis, que resultou na orientação para que as atrações culturais da Viradinha fossem espalhadas pelos territórios da São Paulo Carinhosa, que representam aqueles identificados com base nos indicadores sociais de saúde e educação como os de maior vulnerabilidade das crianças e suas famílias.

O processo de democratização da cultura e da programação infantil revelou-se importante para o fortalecimento dos vínculos familiares, também das crianças e seus cuidadores, reconhecimento da cidade como o espaço de brincar e de sociabilidade entre as famílias. Também favoreceu a integração entre os profissionais de cuidados às crianças em diferentes áreas: saúde, direitos humanos, assistência social e educação.

O ano de 2015 marca os 80 anos da educação infantil na cidade. É um ano de resgate aos ideais inspirados por Mario de Andrade para a infância, também o nascimento de um embrião da política de cinema para a infância, com o surgimento da SPCine²¹, e o fortalecimento do estímulo à leitura e à formação de escritores, por meio do Circuito São Paulo de Cultura em Literatura.

21 Empresa de Cinema e Audiovisual de São Paulo, criada em 2013, pela Prefeitura de São Paulo.

5. GARANTIA DE DIREITOS

A concepção da criança como sujeito cidadão, com valor em si mesmo, não é de forma alguma hegemônica e fundamenta-se em um conceito ético, ideológico que se localiza no campo da emancipação, dos direitos humanos como valores fundantes de uma sociedade mais justa e equânime. Esta conceituação se dá no campo da pedagogia freireana, da psicanálise winnicottiana, entre outros.

A questão da equidade como condição do exercício democrático dos direitos fundamentais da pessoa tem na concepção de infância o papel de desvelar e desnaturalizar a violação destes direitos a que diuturnamente ainda são submetidas muitas crianças e, em especial, aquelas em situação de maior vulnerabilidade social. A garantia dos direitos que possibilitam o pleno desenvolvimento da criança passa por ações que, ao tempo em que estruturam uma política pública que prioriza este campo, transformam o olhar de uma cidade inóspita para as crianças.

6. ESTRATÉGIA DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL: OS FÓRUNS DE REDES DE PROTEÇÃO

Em algumas regiões da cidade de São Paulo constituíram-se Fóruns de Redes de Proteção que funcionam regularmente, com encontros mensais e em cada território, no formato proposto por seus atores: conselheiros tutelares, gestores de educação (unidades educacionais), profissionais de saúde, assistência social, membros dos conselhos participativos, entre outros.

Nestes fóruns são discutidos desde os fluxos de funcionamento e atendimento, até casos específicos que necessitam de acompanhamentos e avaliações. Desta forma, estreitam-se as relações intersetoriais, ao mesmo tempo em que os desafios podem ser compartilhados e enfrentados de forma conjunta.

A cidade de São Paulo tem recebido um grande número de famílias refugiadas de regiões em guerra como Oriente Médio (Síria e Palestina) e África. A Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC), criada na atual gestão, desenvolve uma política integrada por meio da Coordenação do Imigrante, envolvendo uma série de ações que culminaram no estabelecimento de fluxos para atendimento de saúde, emprego, aulas de português, atividades culturais de integração entre as comunidades. A *São Paulo Carinhosa* tem atuado em articulação com a SMDHC com atenção especial no atendimento das necessidades que envolvem as crianças.

Figura 4. Mutirão de prestação de serviços de saúde e educação organizado para receber famílias e crianças refugiadas na cidade



Cabe ressaltar ainda o trabalho desenvolvido por meio da SMDHC no fortalecimento da atuação do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), a ampliação e o fortalecimento dos Conselhos Tutelares.

Também no contexto da garantia de Direitos, a questão do luto infantil e o acesso ao acolhimento desta necessidade específica não foi esquecida. Com o Serviço Funerário Municipal, o Programa passou a apoiar o *Projeto Memória e Vida*, que ressignifica os espaços dos cemitérios como parques de memória, promovendo atividades de artes (teatro, concertos) e formação dos funcionários na questão do luto infantil e parental.

7. PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA

Desde 2013, a São Paulo Carinhosa vem propondo à cidade, no mês do dia das mães, um contraponto ao consumismo, pautando uma reflexão sobre o que é ser mãe numa cidade complexa como São Paulo: ser mãe na adversidade e na diversidade – “Ser mãe em São Paulo”.

Dessa forma, no mês de maio todas as unidades básicas de saúde realizam algumas atividades, dentre as quais: oficinas de amamentação; oficinas de puerpério; dança materna e dança circular; e palestras e aconselhamento sobre parto humanizado. Os equipamentos da prefeitura promovem atividades dirigidas ao convívio familiar e todas as secretarias do governo se envolvem na promoção desta reflexão junto aos funcionários e para seu público-alvo.

Rodas de escuta e conversa com a população, nos territórios prioritários do Programa, acompanhadas de mutirão de serviços, realizado pelo governo local, para divulgação dos mesmos e cadastramento nos programas sociais, além de orientações gerais sobre parto e amamentação. Destas rodas de escuta saem propostas de atuação nos territórios e encaminhamentos das variadas demandas trazidas pela comunidade. Praças e espaços abandonados na periferia e no centro passam a ser ocupados por atividades esportivas, lúdicas, culturais e que promovem o convívio familiar. O evento é o estímulo para a ocupação permanente com cidadania.

8. CONCLUSÃO

O conjunto de ações desenvolvidas pela São Paulo Carinhosa em parceria com as diversas secretarias municipais é norteado pela convicção de que nenhuma sociedade poderá ser melhor do que aquilo que puder oferecer a toda e a cada uma de suas crianças. A equidade perseguida pelas políticas públicas se estabelece desde o princípio e a mais efetiva será a que puder proporcionar semelhantes pontos de partida para todos os seus cidadãos.

Ao mesmo tempo, almejamos que o valor da infância possa ser um valor para a sociedade como um todo. Um provérbio africano diz que “para educar uma criança é preciso toda uma aldeia”.

O sentido maior desta ação está bem expresso no Plano Nacional pela Primeira Infância, quando diz que “a ambivalência da infância – presente e futuro – exige que cuidemos dela agora pelo valor da vida presente e que ao mesmo tempo mantenhamos o olhar na perspectiva do seu desenvolvimento rumo ao sentido pleno do seu projeto de existência. Para as crianças, mais importante do que preparar o futuro, é viver o presente, viver agora e da forma mais justa, plena e feliz”.

PROJETO CRIANÇA FALA NA COMUNIDADE

Nayana Brettas

*Mestre em Sociologia da Infância na Universidade do Minho
Fundadora da CriaCidade e Coordenadora do Projeto Criança Fala*

1. À PROCURA DAS CRIANÇAS NOS CAMINHOS PELA CIDADE

Nos meus trajetos pela cidade percorridos nos diferentes meios de locomoção – a pé, de ônibus, de trem, de metrô, de carro – meus olhos buscam ver o encantamento, a alegria, o brincar das crianças. Meus ouvidos buscam ouvir os seus risos, vozes, conversas. Meu corpo busca o encontro inesperado com o corpo de uma criança que vem correndo e me tromba ou me abraça. Busco sentir os sonhos, os olhares, as vozes das crianças pela cidade, mas o que vejo é uma cidade silenciada de vozes de crianças e esvaziada de sua presença.

O intervalo entre o verde-amarelo-vermelho do semáforo é o tempo que as crianças têm para verem e sentirem a cidade até que tudo volte a se movimentar e elas passem a ver uma “cidade passageira”.

Apesar de as crianças não serem convidadas a pensar e criar a cidade, elas tentam (re)criá-la à sua maneira por meio do brincar. No brincar com a cidade elas se autoconvidam a participar atribuindo outras formas e funções para os espaços, objetos, equipamentos da cidade. Um banco se transforma em um barco, o poste de iluminação em um divertido brinquedo de escalada, a água da fonte em caneta que desenha no chão transformado em papel. Assim, as crianças vão nos mostrando outras cidades possíveis por meio de inúmeras possibilidades de (re)construí-la e (re)inventá-la.

Com o objetivo de fazer da cidade o palco protagonizado também por outros atores além dos adultos, é que o “Projeto Criança Fala na Comunidade” vem escutando as crianças para incluir seus olhares e vozes na ativação e transformação do Glicério a fim de contribuir com a redução da violência e violação de seus direitos.

2. A EXPERIÊNCIA DO PROJETO CRIANÇA FALA NA COMUNIDADE – ESCUTA GLICÉRIO

O Projeto *Criança Fala na Comunidade – Escuta Glicério* está sendo desenvolvido na Baixada do Glicério com apoio da Fundação Bernard Van Leer e com uma rede de parceiros de todos os setores: desde o setor público – com o Programa São Paulo Carinhosa e suas Secretarias Municipais, Subprefeitura Sé, diretoria regional do Ipiranga – à universidade – com a Faculdade de Arquitetura de Belas Artes –, às organizações sociais e coletivos – como Instituto Kobayashi, Acupuntura Urbana – à empresa privada – como Red Bull –, e à comunidade com o Coletivo Glicério pela Vida. O Projeto compreende que nenhuma mudança se faz sozinha, por isso, ativa uma rede intersetorial para atuar conjuntamente em benefício de transformar com os olhares e vozes das crianças.

3. COMO PODEMOS FAZER A ESCUTA SENSÍVEL DAS CRIANÇAS

A escuta das crianças é feita de forma criativa, sensível e brincante. O adulto mediador da escuta tem que ter a sensibilidade de adentrar ao mundo imaginário e criativo das crianças e estar atento às sutilezas e brechas de observação.

As brechas de observação são de extrema importância em processos de escuta das crianças. Por exemplo, o objetivo da escuta é identificar o que as crianças querem para o espaço de brincar, mas as almofadas colocadas no ambiente da oficina para tornar o ambiente mais aconchegante nos trazem elementos importantes de reflexões quando as crianças falam: “Vou deitar um pouco aqui nesta almofada para descansar”. Esta cena nos faz pensar sobre a importância de termos espaços para descanso nos espaços para brincar.

A base de isopor em que seria construída a maquete do espaço do brincar foi transformada em uma grande brincadeira sensorial de esmigalhar a placa, brincar de neve, de chuva. O que nos releva a importância de pensarmos espaços de vivências sensoriais.

Escutar as crianças é estar aberto para o inusitado que a criança traz e para aquilo que não estava planejado. É se deixar levar por este mundo brincante, criativo e imaginativo das crianças!

Para escutar as crianças é preciso compreender as suas formas próprias de expressão e utilizar-se delas para desencadear um processo de escuta.

4. A METODOLOGIA “CRIANÇA FALA PARA ESCUTAR AS CRIANÇAS”

Para isso, o Projeto atua com três eixos:

- a. Ressignificação dos espaços públicos a partir dos olhares e vozes das crianças;
- b. Formação comunitária para empoderamento da metodologia criança fala com crianças, famílias, rede intersetorial local: profissionais da educação, saúde, assistência social;
- c. Atuação intersetorial em rede com a comunidade, coletivos, organizações, sociais, empresas privadas, gestão pública, universidades.

E realiza as seguintes ações:

- a. Mapeamento do território;
- b. Mapeamento das pessoas e sonhos (escuta);
- c. Criação e fortalecimento dos laços afetivos;
- d. Intervenções nos espaços/ articulação com equipamentos locais e gestão pública;
- e. Ocupações dos espaços públicos com cortejos de maracatu e programações culturais;
- f. Empoderamento/auto-conhecimento;
- g. Celebração e avaliação;
- h. Divulgação (palestras, eventos, formações).

5. MAPEAMENTO E LAÇOS AFETIVOS PARA ESCUTAR AS CRIANÇAS

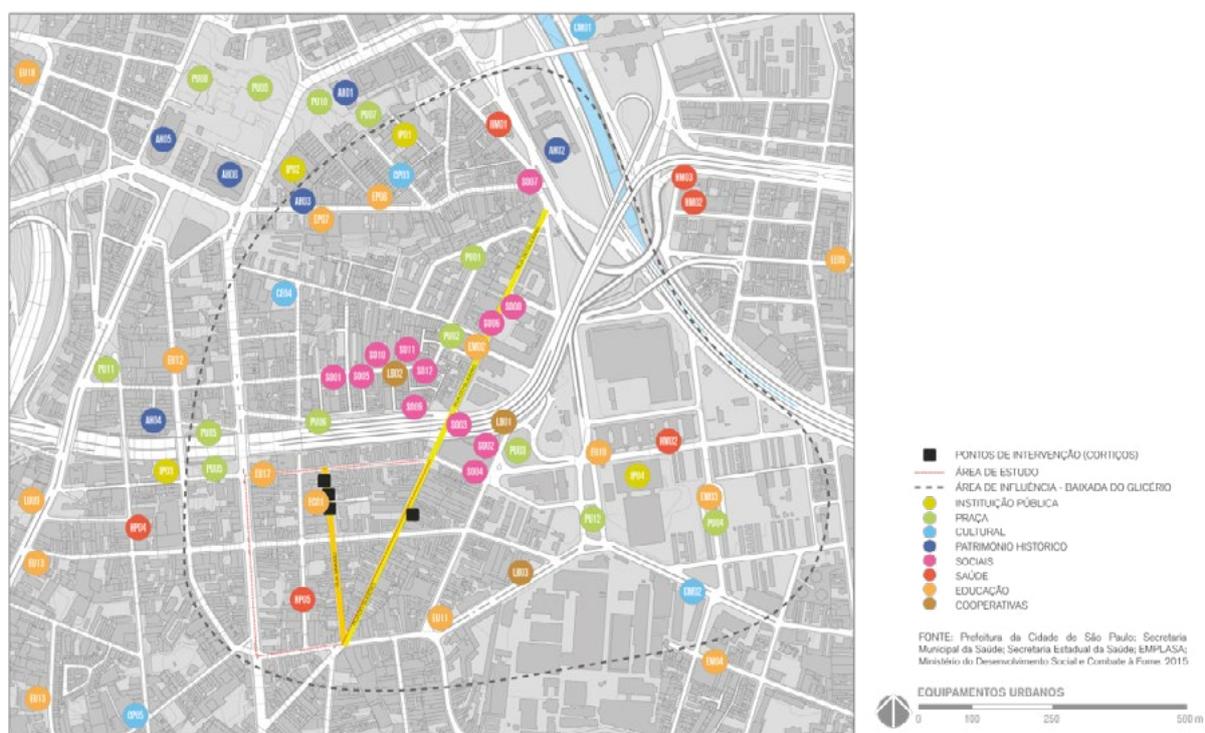
O primeiro passo é fazer um mapeamento técnico para compreender o que existe no território. É importante mapear:

- Localização;
- Infraestrutura de transporte;

- Topografia;
- Quantidade de cortiços;
- Áreas cheias e vazias;
- Uso e ocupação do solo (tipos de serviços e comércios, pontes, viadutos);
- Equipamentos urbanos (áreas de lazer, praças, parques, escolas, posto de saúde, hospitais, projetos sociais, cooperativas, equipamentos culturais).

EQUIPAMENTOS URBANOS

SAÚDE EDUCAÇÃO, SOCIAIS, CULTURAIS E COOPERATIVAS



Fonte:

É preciso fazer um mapeamento humano e afetivo. Conhecer e conversar com as pessoas para criar vínculo afetivo e de confiança e identificar as principais lideranças.

No cruzamento do mapeamento humano e afetivo com o mapeamento técnico apresentamos o projeto para as pessoas e equipamentos urbanos para criar, ativar e potencializar a rede local que irá atuar no território.

6. TODOS JUNTOS DE MÃOS DADAS COM E PELAS CRIANÇAS – CRIAÇÃO DE REDE INTERSETORIAL

Criada a rede local, iniciamos a execução dos três eixos do projeto. Iniciamos transformando os espaços das pensões em que as crianças moram. É preciso mudar e se apropriar do *dentro* para depois expandir para o *fora*, para o espaço público.

7. TRANSFORMAÇÕES DOS ESPAÇOS A PARTIR DOS OLHARES E VOZES DAS CRIANÇAS

Implantamos espaços de leitura nas pensões. Uma vez no mês trocamos o acervo de livros e lemos para as crianças e famílias.

Foto 1 - Implantação de espaço de leitura do Projeto Criança Fala na Comunidade em uma das pensões no Glicério.



Crédito: Juliana Rosa – Prosa e Fotografia.

Para dar identidade ao espaço, as crianças foram grafitadas nas paredes. Seus desenhos também foram grafitados. Assim, elas vão se apropriando do espaço em que moram e ele vai ser tornando mais brincante, mais leve e menos duro.

Foto 2 - Crianças participantes do Projeto Criança Fala na Comunidade e seus desenhos grafitados nas paredes das pensões do Glicério.



Crédito: Juliana Rosa – Prosa e Fotografia.

Os muros da EMEI Alberto de Oliveira foram pintados por crianças e famílias e os grafiteiros grafitam o desenho feito pela criança e sua fala sobre o que é o brincar.

Foto 3 - Muro da EMEI Alberto de Oliveira participante do Projeto Criança Fala na Comunidade grafitado com o desenho e fala das crianças sobre o que é o brincar.



Crédito: Anthony Kunze.

Os espaços públicos foram transformados com as crianças. As crianças cocriaram e construíram um brinquedo casinha feito de caixas de feira e *pallets*, pintaram o mural dos sonhos, pintaram as brincadeiras em ruas e calçadas. Suas falas e fotos estão nos postes de iluminação e muros.

Foto 4 - Casinha cocriada e construída com as crianças participantes do Projeto Criança Fala na Comunidade no Glicério.



Crédito: Juliana Rosa – Prosa e Fotografia.

Foto 5- Muro dos sonhos feito pelas crianças participantes do Projeto Criança Fala na Comunidade.



Crédito: Juliana Rosa – Prosa e Fotografia.

Foto 6 - Falas das crianças nos postes de iluminação.



Crédito: Juliana Rosa – Prosa e Fotografia.

Foto 7- Brincadeiras das crianças pintadas nas ruas do Glicério.



Crédito: Anthony Kunze.

8. FORMAÇÕES COM PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO, SAÚDE, ASSISTÊNCIA SOCIAL – TODOS ESCUTANDO AS CRIANÇAS

Para além de trabalhar com as crianças e famílias, é preciso atuar também com a rede de profissionais da educação, saúde, assistência social que trabalham com estas crianças e famílias. É preciso integrar e compartilhar diferentes olhares e construir uma proposta conjunta de atuação entre os equipamentos públicos do território.

No primeiro semestre da formação, o foco foi a leitura e o brincar. Como inserir a leitura e o brincar nas escolas, posto de saúde e CCA como estratégia de criar um vínculo afetivo potente com as crianças e famílias. No encerramento deste primeiro semestre, os professores, agentes de saúde e profissionais da assistência social foram fazer o dia do brincar na rua em que moram as crianças e fizeram um cortejo literário pelas ruas.

Os profissionais da Diretoria Regional do Ipiranga também estão conhecendo a realidade em que moram as crianças para cadastrar as que estão fora da escola.

É de extrema importância que os professores, agentes da saúde, assistência social e gestores públicos conheçam a realidade em que moram as crianças e famílias e tenham o contato direto.

No segundo semestre, iniciamos a roda de inspiração para que possam inovar suas atuações dentro dos equipamentos. Contamos com a participação de André Gravatá, Renata Meirelles, Braz Rodrigues.

No ano de 2016, o foco é escutar as crianças e transformar os espaços e gestão dos equipamentos e construir uma proposta de atuação conjunta entre os equipamentos da educação, saúde e assistência social de ocupação e transformação dos espaços públicos.

9. FORMAÇÃO COMUNITÁRIA COM CRIANÇAS E FAMÍLIAS – COMO A COMUNIDADE SE EMPODERA DA METODOLOGIA CRIANÇA FALA DE ESCUTAR AS CRIANÇAS E TRANSFORMAR OS ESPAÇOS COM SEUS OLHARES E VOZES

Uma vez na semana realizamos a formação com um grupo de crianças e famílias para que possam se empoderar da metodologia do projeto e poder planejar e executar ações de ocupações e transformações dos espaços públicos. Na formação trabalhamos onde podemos buscar os recursos materiais, humanos e financeiros no e para além do Glicério para tornarem real seus sonhos e ideias.

10. OCUPAÇÕES DOS ESPAÇOS PÚBLICOS – UMA FORMA DE APROPRIAÇÃO DA CIDADE PELAS CRIANÇAS

Uma vez ao mês as crianças de três escolas do Glicério e do CCA (Centro da Criança e Adolescente) participam dos cortejos de maracatu pelas ruas para termos a presença das crianças na cidade e compreendermos a cidade como educadora. A presença das crianças nas ruas resgata a sensibilidade das pessoas, fazem bocas sorrirem e conversarem, pernas pararem.

Uma vez ao mês acontecem as programações culturais que valorizam os artistas locais em parceria com a Secretaria Municipal de Cultura articulado pelo Programa São Paulo Carinhosa da Prefeitura Municipal de São Paulo.

É preciso estar presente na cidade para senti-la, vivê-la para estabelecer vínculos afetivos, para que se possa criar uma relação de pertencimento, de apropriação, de identidade com o espaço.

Uma vez ao mês acontecem os passeios culturais com idas ao teatro, circo, exposições, parques para ampliar o repertório cultural das crianças e famílias.

11. COMO TRANSFORMAR A ESCUTA DAS CRIANÇAS EM POLÍTICA PÚBLICA

O projeto tem como objetivo subsidiar a gestão pública para a construção das políticas públicas para a primeira infância. Por meio do *Projeto Cidade que Brinca* o *Projeto Criança Fala* está buscando criar um projeto de lei “**A Cidade Amiga da Criança**”.

O Projeto Cidade que Brinca consiste em:

- Implantação de circuitos lúdicos na cidade: Criação de áreas mais atraentes, mais verdes e com maior índice de caminhabilidade segura nas crianças pelas ruas. A criação de circuitos abrange a relação com as fachadas; pinturas das brincadeiras das crianças nas ruas e calçadas; sinalização; segurança nas travessias; ajardinamento; melhoria das calçadas; mobiliário urbano lúdico desenhado e construído com as crianças; retirada de obstáculos que obstrui os caminhos; iluminação.
- Criação de 1parklet brinquedo. Implantado no leito carroçável (em duas vagas de carros), ocupando uma área de 10,0 X 2,20m. Para que as crianças, moradoras do bairro possam ter uma área de recreação, brincadeiras e aprendizado, num espaço que pode ser compartilhado com seus familiares. As crianças são escutadas por um grupo de arquitetos para que elas ajudem no desenho deste parklet. Haverá espaço destinado aos bebês para que possam ter experiências sensoriais que ajudem seu desenvolvimento. Que tal ocupar duas vagas de carros com crianças brincando?
- Placas com nomes de ruas na altura das crianças;
- Adesivos nas lixeiras públicas com os desenhos e falas das crianças de cuidado do meio ambiente;
- Ocupações dos espaços públicos com programações culturais e cortejos de maracatu;

Convidamos todos a sentir a cidade em que moram pelos olhares e vozes das crianças! Embarque com as crianças neste caminhar pela cidade! Transforme a sua cidade com uma criança!

ANEXOS

LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016.

Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano, em consonância com os princípios e diretrizes da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); altera os arts. 6º, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal); acrescenta incisos ao art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943; altera os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008; e acrescenta parágrafos ao art. 5º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.

Art. 3º A prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do art. 4º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.

Art. 4º As políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância serão elaboradas e executadas de forma a:

- I - atender ao interesse superior da criança e à sua condição de sujeito de direitos e de cidadã;
- II - incluir a participação da criança na definição das ações que lhe digam respeito, em conformidade com suas características etárias e de desenvolvimento;
- III - respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;
- IV - reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância, priorizando o investimento público na promoção da justiça social, da equidade e da inclusão

sem discriminação da criança;

V - articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;

VI - adotar abordagem participativa, envolvendo a sociedade, por meio de suas organizações representativas, os profissionais, os pais e as crianças, no aprimoramento da qualidade das ações e na garantia da oferta dos serviços;

VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;

VIII - descentralizar as ações entre os entes da Federação;

IX - promover a formação da cultura de proteção e promoção da criança, com apoio dos meios de comunicação social.

Parágrafo único. A participação da criança na formulação das políticas e das ações que lhe dizem respeito tem o objetivo de promover sua inclusão social como cidadã e dar-se-á de acordo com a especificidade de sua idade, devendo ser realizada por profissionais qualificados em processos de escuta adequados às diferentes formas de expressão infantil.

Art. 5º Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.

Art. 6º A Política Nacional Integrada para a primeira infância será formulada e implementada mediante abordagem e coordenação intersetorial que articule as diversas políticas setoriais a partir de uma visão abrangente de todos os direitos da criança na primeira infância.

Art. 7º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão instituir, nos respectivos âmbitos, comitê intersetorial de políticas públicas para a primeira infância com a finalidade de assegurar a articulação das ações voltadas à proteção e à promoção dos direitos da criança, garantida a participação social por meio dos conselhos de direitos.

§ 1º Caberá ao Poder Executivo no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios indicar o órgão responsável pela coordenação do comitê intersetorial previsto no **caput** deste artigo.

§ 2º O órgão indicado pela União nos termos do § 1º deste artigo manterá permanente articulação com as instâncias de coordenação das ações estaduais, distrital e municipais de atenção à criança na primeira infância, visando à complementaridade das ações e ao cumprimento do dever do Estado na garantia dos direitos da criança.

Art. 8º O pleno atendimento dos direitos da criança na primeira infância constitui objetivo comum de todos os entes da Federação, segundo as respectivas competências constitucionais e legais, a ser alcançado em regime de colaboração entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Parágrafo único. A União buscará a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios à abordagem multi e intersetorial no atendimento dos direitos da criança na primeira infância e oferecerá assistência técnica na elaboração de planos estaduais, distrital e municipais para a primeira infância que articulem os diferentes setores.

Art. 9º As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços.

Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma

de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança.

Art. 11. As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados.

§ 1º A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo.

§ 2º A União informará à sociedade a soma dos recursos aplicados anualmente no conjunto dos programas e serviços para a primeira infância e o percentual que os valores representam em relação ao respectivo orçamento realizado, bem como colherá informações sobre os valores aplicados pelos demais entes da Federação.

Art. 12. A sociedade participa solidariamente com a família e o Estado da proteção e da promoção da criança na primeira infância, nos termos do caput e do § 7º do art. 227, combinado com o inciso II do art. 204 da Constituição Federal, entre outras formas:

- I - formulando políticas e controlando ações, por meio de organizações representativas;
- II - integrando conselhos, de forma paritária com representantes governamentais, com funções de planejamento, acompanhamento, controle social e avaliação;
- III - executando ações diretamente ou em parceria com o poder público;
- IV - desenvolvendo programas, projetos e ações compreendidos no conceito de responsabilidade social e de investimento social privado;
- V - criando, apoiando e participando de redes de proteção e cuidado à criança nas comunidades;
- VI - promovendo ou participando de campanhas e ações que visem a aprofundar a consciência social sobre o significado da primeira infância no desenvolvimento do ser humano.

Art. 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios apoiarão a participação das famílias em redes de proteção e cuidado da criança em seus contextos sociofamiliar e comunitário visando, entre outros objetivos, à formação e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com prioridade aos contextos que apresentem riscos ao desenvolvimento da criança.

Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.

§ 1º Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade.

§ 2º As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.

§ 3º As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos

físicos, nos termos da Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.

§ 4º A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.

§ 5º Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.

Art. 15. As políticas públicas criarão condições e meios para que, desde a primeira infância, a criança tenha acesso à produção cultural e seja reconhecida como produtora de cultura.

Art. 16. A expansão da educação infantil deverá ser feita de maneira a assegurar a qualidade da oferta, com instalações e equipamentos que obedeçam a padrões de infraestrutura estabelecidos pelo Ministério da Educação, com profissionais qualificados conforme dispõe a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), e com currículo e materiais pedagógicos adequados à proposta pedagógica.

Parágrafo único. A expansão da educação infantil das crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos de idade, no cumprimento da meta do Plano Nacional de Educação, atenderá aos critérios definidos no território nacional pelo competente sistema de ensino, em articulação com as demais políticas sociais.

Art. 17. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão organizar e estimular a criação de espaços lúdicos que propiciem o bem-estar, o brincar e o exercício da criatividade em locais públicos e privados onde haja circulação de crianças, bem como a fruição de ambientes livres e seguros em suas comunidades.

Art. 18. O art. 3º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 3º

Parágrafo único. Os direitos enunciados nesta Lei aplicam-se a todas as crianças e adolescentes, sem discriminação de nascimento, situação familiar, idade, sexo, raça, etnia ou cor, religião ou crença, deficiência, condição pessoal de desenvolvimento e aprendizagem, condição econômica, ambiente social, região e local de moradia ou outra condição que diferencie as pessoas, as famílias ou a comunidade em que vivem.” (NR)

Art. 19. O art. 8º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

.....
§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade.

§ 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato.

§ 7º A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança.

§ 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos.

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

§ 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança.” (NR)

Art. 20. O art. 9º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º:

“Art. 9º

§ 1º Os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua.

§ 2º Os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano ou unidade de coleta de leite humano.” (NR)

Art. 21. O art. 11 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas.

§ 3º Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário.” (NR)

Art. 22. O art. 12 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.” (NR)

Art. 23. O art. 13 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 2º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 13.

§ 1º As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude.

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.” (NR)

Art. 24. O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º, 3º e 4º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art. 14.

§ 1º

§ 2º O Sistema Único de Saúde promoverá a atenção à saúde bucal das crianças e das gestantes, de forma transversal, integral e intersetorial com as demais linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança.

§ 3º A atenção odontológica à criança terá função educativa protetiva e será prestada, inicialmente, antes de o bebê nascer, por meio de aconselhamento pré-natal, e, posteriormente, no sexto e no décimo segundo anos de vida, com orientações sobre saúde bucal.

§ 4º A criança com necessidade de cuidados odontológicos especiais será atendida pelo Sistema Único de Saúde.” (NR)

Art. 25. O art. 19 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.

.....

§ 3º A manutenção ou a reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção, nos termos do § 1º do art. 23, dos incisos I e IV do **caput** do art. 101 e dos incisos I a IV do **caput** do art. 129 desta Lei.

.....” (NR)

Art. 26. O art. 22 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

“Art. 22.

Parágrafo único. A mãe e o pai, ou os responsáveis, têm direitos iguais e deveres e responsabilidades compartilhados no cuidado e na educação da criança, devendo ser resguardado o direito de transmissão familiar de suas crenças e culturas, assegurados os direitos da criança estabelecidos nesta Lei.” (NR)

Art. 27. O § 1º do art. 23 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 23.

§ 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção.

.....” (NR)

Art. 28. O art. 34 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º e 4º:

“Art. 34.

.....

§ 3º A União apoiará a implementação de serviços de acolhimento em família acolhedora como política pública, os quais deverão dispor de equipe que organize o acolhimento temporário de crianças e de adolescentes em residências de famílias selecionadas, capacitadas e acompanhadas que não estejam no cadastro de adoção.

§ 4º Poderão ser utilizados recursos federais, estaduais, distritais e municipais para a manutenção dos serviços de acolhimento em família acolhedora, facultando-se o repasse de recursos para a própria família acolhedora.” (NR)

Art. 29. O inciso II do art. 87 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 87.

.....

II - serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social de garantia de proteção social e de prevenção e redução de violações de direitos, seus agravamentos ou reincidências;

.....” (NR)

Art. 30. O art. 88 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos VIII, IX e X:

“Art. 88.

.....

VIII - especialização e formação continuada dos profissionais que trabalham nas diferentes áreas da atenção à primeira infância, incluindo os conhecimentos sobre direitos da criança e sobre desenvolvimento infantil;

IX - formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral;

X - realização e divulgação de pesquisas sobre desenvolvimento infantil e sobre prevenção da violência.” (NR)

Art. 31. O art. 92 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 7º:

“Art. 92.

.....

§ 7º *Quando se tratar de criança de 0 (zero) a 3 (três) anos em acolhimento institucional, dar-se-á especial atenção à atuação de educadores de referência estáveis e qualitativamente significativos, às rotinas específicas e ao atendimento das necessidades básicas, incluindo as de afeto como prioritárias.” (NR)*

Art. 32. O inciso IV do caput do art. 101 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 101.

.....

IV - inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente;

.....” (NR)

Art. 33. O art. 102 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 5º e 6º:

“Art. 102.

.....

§ 5º *Os registros e certidões necessários à inclusão, a qualquer tempo, do nome do pai no assento de nascimento são isentos de multas, custas e emolumentos, gozando de absoluta prioridade.*

§ 6º *São gratuitas, a qualquer tempo, a averbação requerida do reconhecimento de paternidade no assento de nascimento e a certidão correspondente.” (NR)*

Art. 34. O inciso I do art. 129 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 129.

I - encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família;

.....” (NR)

Art. 35. Os §§ 1º-A e 2º do art. 260 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 260.

.....

§ 1º-A. *Na definição das prioridades a serem atendidas com os recursos captados pelos fundos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente, serão consideradas as disposições do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e as do Plano Nacional pela Primeira Infância.*

§ 2º *Os conselhos nacional, estaduais e municipais dos direitos da criança e do adolescente fixarão critérios de utilização, por meio de planos de aplicação, das dotações subsidiadas e demais receitas, aplicando necessariamente percentual para incentivo ao acolhimento, sob a forma de guarda, de crianças e adolescentes e para programas de atenção integral à primeira infância em áreas de maior carência socioeconômica e em situações de calamidade.*

.....” (NR)

Art. 36. A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 265-A:

“Art. 265-A. *O poder público fará periodicamente ampla divulgação dos direitos da criança e do adolescente nos meios de comunicação social.*

Parágrafo único. A divulgação a que se refere o caput será veiculada em linguagem clara, compreensível e adequada a crianças e adolescentes, especialmente às crianças com idade inferior a 6 (seis) anos.”

Art. 37. O art. 473 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, passa a vigorar acrescido dos seguintes incisos X e XI:

“Art. 473.

.....

X - *até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira;*

XI - *por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica.” (NR)*

Art. 38. Os arts. 1º, 3º, 4º e 5º da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, passam a vigorar com as seguintes alterações: (Produção de efeito)

“Art. 1º *É instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado a prorrogar:*

I - por 60 (sessenta) dias a duração da licença-maternidade prevista no inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal;

II - por 15 (quinze) dias a duração da licença-paternidade, nos termos desta Lei, além dos 5 (cinco) dias estabelecidos no § 1º do art. 10 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

§ 1º A prorrogação de que trata este artigo:

I - será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que a empregada a requeira até o final do primeiro mês após o parto, e será concedida imediatamente após a fruição da licença-maternidade de que trata o inciso XVIII do caput do art. 7º da Constituição Federal;

II - será garantida ao empregado da pessoa jurídica que aderir ao Programa, desde que o empregado a requeira no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável.

§ 2º A prorrogação será garantida, na mesma proporção, à empregada e ao empregado que adotar ou obtiver guarda judicial para fins de adoção de criança.” (NR)

“Art. 3º Durante o período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade:

I - a empregada terá direito à remuneração integral, nos mesmos moldes devidos no período de percepção do salário-maternidade pago pelo Regime Geral de Previdência Social (RGPS);

II - o empregado terá direito à remuneração integral.” (NR)

“Art. 4º No período de prorrogação da licença-maternidade e da licença-paternidade de que trata esta Lei, a empregada e o empregado não poderão exercer nenhuma atividade remunerada, e a criança deverá ser mantida sob seus cuidados.

Parágrafo único. Em caso de descumprimento do disposto no caput deste artigo, a empregada e o empregado perderão o direito à prorrogação.” (NR)

“Art. 5º A pessoa jurídica tributada com base no lucro real poderá deduzir do imposto devido, em cada período de apuração, o total da remuneração integral da empregada e do empregado pago nos dias de prorrogação de sua licença-maternidade e de sua licença-paternidade, vedada a dedução como despesa operacional.

.....” (NR)

Art. 39. O Poder Executivo, com vistas ao cumprimento do disposto no inciso II do caput do art. 5º e nos arts. 12 e 14 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estimará o montante da renúncia fiscal decorrente do disposto no art. 38 desta Lei e o incluirá no demonstrativo a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição Federal, que acompanhará o projeto de lei orçamentária cuja apresentação se der após decorridos 60 (sessenta) dias da publicação desta Lei. (Produção de efeito)

Art. 40. Os arts. 38 e 39 desta Lei produzem efeitos a partir do primeiro dia do exercício subsequente àquele em que for implementado o disposto no art. 39.

Art. 41. Os arts. 6º, 185, 304 e 318 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 6º

.....

X - colher informações sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR)

“Art. 185.

.....

§ 10. Do interrogatório deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR)

“Art. 304.

.....

§ 4º Da lavratura do auto de prisão em flagrante deverá constar a informação sobre a existência de filhos, respectivas idades e se possuem alguma deficiência e o nome e o contato de eventual responsável pelos cuidados dos filhos, indicado pela pessoa presa.” (NR)

“Art. 318.

.....

IV - gestante;

V - mulher com filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos;

VI - homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 (doze) anos de idade incompletos.

.....” (NR)

Art. 42. O art. 5º da Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 3º e 4º:

“Art. 5º

.....
§ 3º O sistema previsto no **caput** deverá assegurar a interoperabilidade com o Sistema Nacional de Informações de Registro Civil (Sirc).

§ 4º Os estabelecimentos de saúde públicos e privados que realizam partos terão prazo de 1 (um) ano para se interligarem, mediante sistema informatizado, às serventias de registro civil existentes nas unidades federativas que aderirem ao sistema interligado previsto em regramento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).” (NR)

Art. 43. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 8 de março de 2016; 195º da Independência e 128º da República.

DILMA ROUSSEFF
Nelson Barbosa
Aloizio Mercadante
Marcelo Costa e Castro
Tereza Campello
Nilma Lino Gomes

Este texto não substitui o publicado no DOU de 9.3.2016



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 6998, de 2013, do Sr. Osmar Terra e outros, que “altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” – PL 6998/13

INDICAÇÃO Nº 6647/2014

(da Comissão Especial destinada a proferir parecer ao Projeto de Lei nº 6998, de 2013, do Sr. Osmar Terra e outros, que “altera o art. 1º e insere dispositivos sobre a Primeira Infância na Lei nº 8.069, de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências” – PL 6998/13)

Sugere elaboração de estudos visando a viabilização da extensão da licença maternidade até doze meses de duração, desde que verificada a compatibilidade de interesses entre a mãe, empregador e Estado, considerando o bem estar da criança.

Excelentíssima Senhora Presidenta da República:

Ao encerrar seus trabalhos, esta Comissão Especial que se debruçou sobre o tema da proteção prioritária à primeira infância, vem sugerir que haja a realização de amplos estudos e debates sobre a possibilidade de que a licença maternidade venha a se estender por até doze meses. Certamente essa possibilidade precisa ser estudada em termos de concatenar os interesses da mãe, seu empregador e do Estado, mas sempre com foco no bem estar da criança recém-nascida.

Considerando a importância do tema, vimos sugerir a composição de um grupo interministerial, com participação da sociedade civil, representantes da classe empresarial e especialistas no tema, a fim de que se verifique essa possibilidade e se elabore, se for o caso, o respectivo projeto de lei.

Sala da Comissão, em de de 2014.

Deputada CIDA BORGHETTI

Presidente

RELATÓRIO DO GRUPO I - BRASILEIROS

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES PARA O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Apresentação

Este Relatório traz as sugestões e proposições apresentadas pelos participantes do I Seminário Internacional do Marco Legal da Primeira Infância, realizado nos dias 16 a 18 de abril de 2013 - Grupo I, reunido no Auditório Nereu Ramos, sob a coordenação de Vital Didonet. As contribuições ao tema foram colhidas pela Carolina Drügg e pela Renata Martins, por elas apresentadas na Seção Plenária e, posteriormente, organizadas pelo coordenador em torno de temas agregadores.

Os participantes do Grupo manifestaram grande interesse no trabalho, aportando sugestões e recomendações baseadas em seus conhecimentos teóricos, mas, sobretudo, na prática profissional. A riqueza dessas proposições está na diversidade de experiências em diferentes pontos do território nacional, nas diversas áreas de atuação (legislativa, formulação de políticas e planos, gestão de programas, atendimento direto a crianças e famílias), nos setores de saúde, assistência social, educação, cultura, lazer (brincar), proteção contra violências, convivência e vínculo familiar, comunicação, inclusão social etc.

O tempo foi suficiente e bem dosado, todos os que solicitaram a palavra puderam falar, alguns, repetidas vezes. Embora as ideias não tenham sido postas em votação, pode-se admitir que coincidiram com o pensamento ou o sentimento de todos.

Introdução

Estas sugestões e proposições são apresentadas como subsídio ao Congresso Nacional, particularmente aos deputados e deputadas da Frente Parlamentar pela Primeira Infância, que manifestaram o desejo de complementar e aperfeiçoar o Marco Legal da Primeira Infância no Brasil.

O parâmetro seguido pelo grupo foi o de que todas as crianças deste País tenham todos os seus direitos garantidos. Esse objetivo implica um olhar atento à diversidade geográfica, étnica e cultural, à desigualdade econômica e social, às exclusões históricas de grupos étnicos e, entre eles, particularmente das crianças.

Novos problemas surgem com o progresso econômico, com o desenvolvimento tecnológico, com o avanço das comunicações. A legislação e as políticas públicas devem estar atentas a eles, propondo medidas adequadas e eficazes para prevenir e, quando a prevenção tiver falhado, corrigir e minimizar os prejuízos causados à vida e ao desenvolvimento das crianças.

O Grupo manifesta a expectativa de que o Poder Legislativo Federal acolha estas sugestões, fazendo a triagem do que pode entrar como matéria legislativa e do que pertence ao campo das políticas públicas e decisões administrativas, considerando que, neste segundo caso, podem servir de inspiração para medidas legais.

Indicações

TEMÁTICA	ÁREA, SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES
GESTÃO PÚBLICA	
Intersetorialidade e Globalidade das ações	Investimento em ações de caráter intersetorial, que privilegiem a gestão compartilhada entre as políticas corresponsáveis pela primeira infância, a integralidade no cuidado e a multidisciplinaridade na formação das equipes Uso de indicadores sociais e emocionais e não apenas cognitivos
Cooperação das três esferas de governo	Inclusão da Primeira Infância na Lei Orgânica dos Municípios Regulamentação do Artigo 23 da CF que trata do regime de cooperação entre a União, Estados e Municípios, definindo com clareza as competências de cada esfera
Territorialização	Articulação das ações em território, potencializando sua resolutividade Atenção à capacidade de escala das iniciativas de atendimento à primeira infância
Atenção à diversidade e à especificidade etária	Promoção de ações que privilegiem as diferenças entre os grupos etários 0 a 3 anos e 3 a 6 anos e solução dos problemas relacionados ao corte etário dessas faixas etárias Atenção sensível aos “excluídos dos excluídos”. Exemplo: crianças com deficiência, filhas de pais deficientes, quilombolas, indígenas, ribeirinhas
Planejamento	Orientação do Marco Legal pelos parâmetros do Plano Nacional pela Primeira Infância
Financiamento	Previsão de financiamento exclusivo para investimento nas ações voltadas à primeira infância nas pastas que respondem por essa etapa, nas três esferas de governo - recurso não vinculado a um determinado setor ou órgão setorial, mas numa instância que possibilite a gestão compartilhada Obrigação de previsão orçamentária para a primeira infância no Orçamento Geral da União, do Estado, do Distrito Federal e dos Municípios Fortalecimento dos Fundos da Criança e do Adolescentes para serem efetivos no financiamento das políticas e planos para a infância e a adolescência
FORMAÇÃO em DPI	
Formação inicial na graduação universitária	Inclusão das questões relativas ao DPI nos currículos das diferentes profissões que atuam com a primeira infância
Gestores de Políticas Públicas	Formação para os Gestores em cursos específicos, de rápida duração, visando atualização nas ciências que pesquisam desenvolvimento infantil
Profissionais de campo	Formação, em serviço, para os profissionais que atuam com a primeira infância, independente de sua escolaridade. Exemplo: professores, conselheiros tutelares, agentes comunitários de saúde Definição do perfil de quem trabalha com crianças na faixa da primeira infância

Operadores de Direito	Formação em DPI, redes sociais de proteção e outros temas da área para Juízes, Promotores, Advogados interessados ou que atuam no campo dos direitos da criança
INSTRUMENTO DE AÇÃO	
Plano Nacional pela Primeira Infância - PNPI	Adoção do PNPI como instrumento de referência para a concepção de criança e infância, para os princípios e diretrizes da gestão e das ações, por ser um documento político e técnico abrangente e de longo prazo, aprovado pelo CONANDA e acolhido pelo Governo (SDH) para as ações intersetoriais na área dos direitos da criança de até seis anos de idade Criação de mecanismo legal que determine a elaboração de planos estaduais e municipais pelos direitos da criança de até seis anos, nos moldes do PNPI
FAMÍLIA	
Fortalecimento das competências familiares	Apoio do Estado às famílias, através de iniciativas que priorizem seu protagonismo no cuidado e educação das crianças Apoio do Estado às famílias de pais jovens, desde a gestação Qualificação do pré-natal, com abordagens que favoreçam não apenas os aspectos físicos e emocionais da gestante, mas incluam também outras questões relativas ao cuidado inicial das crianças, construção dos limites Promoção de iniciativas que favoreçam a participação do pai/parceiro. Exemplo: abono no trabalho para acompanhamento da mulher às consultas de pré-natal, parto e consultas de puerpério Criação de mecanismo que mantenha a criança com a mãe até seis meses de idade, garantindo a amamentação mínima recomendada, a criação de vínculo e a convivência familiar Indicação de um protocolo pré-natal com informações das diferentes áreas do desenvolvimento infantil (aperfeiçoamento da Caderneta da Criança)
Paternidade Responsável	Garantia da licença maternidade de 06 meses para mulheres que trabalham no setor privado, contribuindo para o maior tempo de permanência da criança com a família e para a garantia do aleitamento materno exclusivo Autorização legal para o pai acompanhar os exames pré-natais
CONSELHOS DE DIREITO	
Conselho Tutelar	Melhoria das condições de trabalho dos Conselhos: espaço de reuniões, equipamentos de informática, apoio de secretaria, suporte técnico-jurídico, veículos etc. Formação prévia e em serviço, Atuação intersetorial Revisão da previsão do número de conselhos por porte populacional Garantia de presença de conselheiros da área da primeira infância

Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente	<p>Garantia de representação da Primeira Infância (conselheiros dessa faixa etária)</p> <p>Melhorar as condições de trabalho dos Conselhos: espaço de reuniões, equipamentos de informática, apoio de secretaria, suporte técnico-jurídico, veículos etc.</p> <p>Capacitação para atuação intersetorial</p>
ADVOCACY	
<p>Das matérias legislativas</p> <p>Das ciências sobre DPI</p>	<p>Promoção de ações de mobilização e conscientização sobre a importância de investir no DPI. Exemplo: Dia do Bebê, Semana do Bebê/ da Criança</p> <p>Divulgação ampla e de fácil entendimento das leis relacionadas ao cuidado, proteção e educação das crianças na primeira infância</p>
SAÚDE – ALIMENTAÇÃO – NUTRIÇÃO SAUDÁVEL	
Na escola e na família	<p>Fortalecimento das iniciativas de promoção da saúde nos estabelecimentos de educação infantil – creches e pré-escolas públicas e conveniadas (Programa de Saúde Escolar na Educação Infantil) e de saúde, nutrição e alimentação saudável na família</p> <p>Cuidados preventivos na área da odontopediatria e desenvolvimento da linguagem</p>
PROTEÇÃO	
Prevenção de acidentes	Medidas legais mais rígidas e específicas para evitar acidentes domésticos, de trânsito, em veículos automotores, em parques de diversão e parques infantis
Publicidade	Regulamentação da publicidade mercadológica voltada à criança
DIREITO DE BRINCAR	
Nos espaços públicos	<p>Determinação de que o Plano Diretor das Cidades prevejam e garantam espaços para praças e parques infantis, sua manutenção e segurança</p> <p>Promoção do brincar como atividade pública obrigatória do Poder Público para os cidadãos criança</p>
AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E DAS AÇÕES	
Parâmetros e Indicadores	<p>Estabelecimento de parâmetros mínimos de qualidade para os programas de DPI</p> <p>Definição, no ECA, de critérios para aprovar e avaliar programas e serviços para as crianças</p>
PROTAGONISMO INFANTIL	
Participação	<p>Inclusão das crianças na escuta do que deve constar do Marco Legal da PI</p> <p>Explicitação, na legislação, do direito das crianças de participar da definição e realização em tudo o que lhes diz respeito</p>
ESTUDOS E PESQUISAS	
Incentivos	Criação de incentivos para pesquisas e estudos na área dos direitos da criança, do desenvolvimento infantil, dos efeitos das ações voltadas à criança
Disseminação	Determinação de que os meios de comunicação, enquanto concessão pública, divulguem informações aos pais, dados de pesquisas, de estudos e avaliações sobre desenvolvimento da criança e transmitam orientações práticas sobre os diferentes assuntos de interesse da proteção, cuidado, educação da criança

II SEMINÁRIO INTERNACIONAL MARCO LEGAL PRIMEIRA INFÂNCIA

PESQUISA E BOAS PRÁTICAS NO CUIDADO À PRIMEIRA INFÂNCIA

ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS E BRASILEIRINHOS SAUDÁVEIS

Instituto Nacional da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, IFF - Fiocruz/ MS

APRESENTAÇÃO:

A Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, EBBS - é uma iniciativa estabelecida entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Ministério da Saúde (MS) / Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM).

JUSTIFICATIVA:

A EBBS constitui-se afirmando o posicionamento político em torno do vínculo existente entre o pleno desenvolvimento das crianças brasileiras, a construção de sua cidadania e o desenvolvimento sustentável do país. Ressalta a importância dos primeiros seis anos de vida – que no Brasil constituem a etapa denominada Primeira Infância e o impacto que as vivências deste período, ocorridas num certo ambiente físico, emocional e social, podem gerar, no aqui e agora, e para o futuro de cada brasileira e brasileiro, bem como nos rumos do desenvolvimento da sociedade e do Brasil.



OBJETIVO:

Contribuir para a construção de uma política pública saudável voltada para a Atenção Integral à Saúde da Criança, inscrita no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e orientada segundo marcos legais e institucionais reconhecidos pelo estado brasileiro, fortalecendo o pacto interfederativo. Proporcionar o desenvolvimento de boas práticas no cuidado à primeira infância, pela oferta de formação continuada a profissionais que trabalham no âmbito da atenção e da gestão, e nos três níveis da federação.

REFERÊNCIAS TEÓRICAS E CONCEITUAIS:

Para lidar com esse desafio definiu-se suporte teórico e conceitual vinculado a muitas áreas do conhecimento para além da área médica, tais como: etologia, psicologia, psicanálise, neurobiologia, ciências sociais, entre outras. A proposta de trabalhar com o princípio de um ambiente emocional facilitador à vida, associando-o às considerações em torno da determinação social da saúde, gera importantes iniciativas no terreno das práticas realizadas no campo da saúde.

METODOLOGIA e PESQUISA - INTERVENÇÃO:

A metodologia adotada privilegia três eixos – cartografia, grupalidade e cuidado – no trabalho de apoio institucional desenvolvido junto aos consultores estaduais de saúde da criança nos estados e capitais brasileiras vinculados à CGSCAM/MS.

Sobre o Cuidado: a dimensão do cuidado essencial transversaliza toda a proposta, como categoria fundamental à sustentabilidade não só do desenvolvimento pessoal e social, bem como das condições de vida em nosso planeta.



Sobre o trabalho cartográfico: muito além de mapear as iniciativas voltadas para o cuidado com a criança em um dado território, a cartografia inclui o observador/pesquisador na pesquisa, pois se entende que não há registro ou olhar investigativo "desimplicado" na perspectiva da pesquisa-intervenção.



Sobre as grupalidades e a construção de coletivos: a ampliação da comunicação nos trabalhos em roda é parte deste caminho co-construído e compartilhado com responsabilidade por cada participante do Projeto. As relações estabelecidas em grupo facilitam o vínculo necessário para a realização do trabalho que considera as exigências técnico-políticas próprias da localidade, exigindo delicadeza e firmeza para articulação das expectativas e obtenção de resultados favoráveis à atenção integral às nossas crianças.



EBBS HOJE

O trabalho iniciado em 2010 com um Projeto Piloto desdobrou-se em uma articulação junto à CGSCAM/MS para a formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PINAISC) pactuada entre os entes federados. Hoje a prioridade é apoiar a finalização da Política e sua implementação nos estados, dando continuidade ao processo de formação com os Consultores CGSCAM nos Estados, incluindo os gestores dos três níveis da federação.

PUBLICAÇÕES



OUTRAS AÇÕES EBBS/CGSCAM

- Sensibilização e capacitação em desenvolvimento na primeira infância das equipes de saúde da família com foco nos agentes comunitários de saúde em município da região metropolitana de Porto Alegre, RS.
- Revisão e reestruturação da Caderneta de Saúde da Criança/MS: Caderneta da Criança e Passaporte da Cidadania.
- Capacitação em Comunicação de Notícias Difíceis para Equipes das Áreas de Neonatologia e Obstetrícia de Maternidades Consideradas Prioritárias para a Rede Cegonha.
- Suporte ao desenvolvimento de cursos EAD via Plataforma DATASUS, nas áreas de Desenvolvimento Infantil, Alimentação e Alimentação Complementar Saudável e Enfrentamento das Violências contra Mulheres e Crianças.

RESULTADOS ESPERADOS:

Compreensão ampliada sobre a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança com definição de indicadores de processo e resultado que auxiliem e fortaleçam a produção de políticas públicas voltadas para redução das iniquidades ainda presentes em nosso país, e capazes de prover suporte ao desenvolvimento pleno de seus cidadãos e cidadãs.



www.ebbs.iff.fiocruz.br



Atendimento domiciliar pós-parto



Anna Mehoudar e Eva Wongtschowski - psicanalistas
Doris Ammann Saad - enfermeira

Introdução: No pós-parto a escuta atenta da queixa materna e orientações técnicas específicas são intervenções que promovem a saúde materno-infantil.

Objetivo: Criar um ambiente de escuta para favorecer o aleitamento materno e os cuidados com o bebê.

Metodologia: Visita domiciliar pós-parto, realizada por enfermeira especialista, nos primeiros dias de vida do bebê.

Equipe técnica: 10 profissionais - 08 enfermeiras especialista em materno-infantil, com retaguarda de 02 psicanalistas.

Famílias atendidas: Entre 2012 e 2015 foram atendidos 2.535 bebês que residem na cidade de SP e 16 municípios vizinhos.

Conclusões:

-O atendimento à família nos primeiros dias de vida do bebê colabora de forma significativa na atenção à saúde primária;

-O trabalho em equipe interdisciplinar (enfermagem e psicanálise) promove a intervenção criteriosa, o respeito às singularidades e a construção da função materna e paterna;

-A visita domiciliar permite desconstruir o "mito da mãe perfeita" estimulando a observação do bebê e o protagonismo materno e paterno;

-A visita domiciliar pós-parto favorece o aleitamento materno e evita o desmame precoce;

-Criar um ambiente de escuta na visita domiciliar pós-parto, permite à enfermeira o acolhimento do *blues* pós-parto e a detecção de indícios de depressão pós-parto.

Resultados:

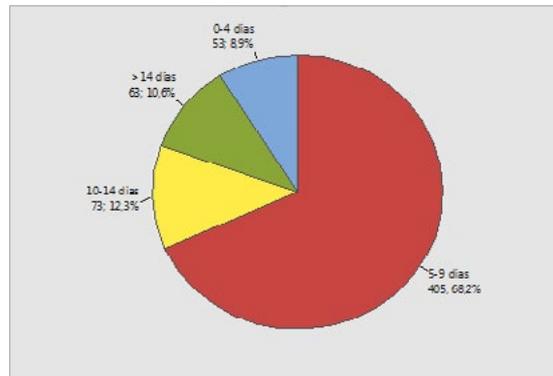


Gráfico 1: VISITA DA ENFERMEIRA - Dias de vida do bebê na visita, 7 dias na mediana, permite uma intervenção precoce efetiva

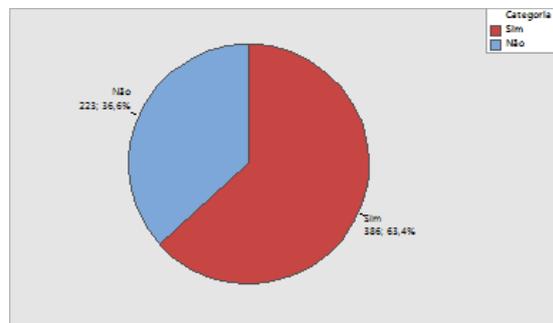


Gráfico 2: REDE DE APOIO AO PÓS-PARTO - Pai do recém-nascido presente na visita domiciliar

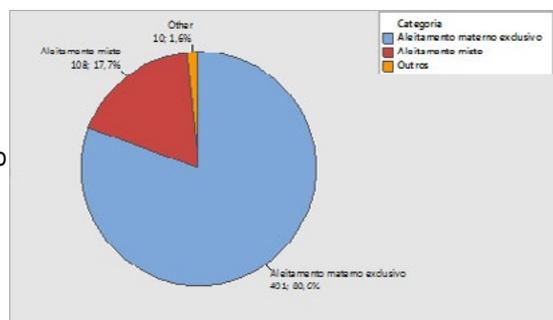


Gráfico 3: ALEITAMENTO - Tendência do aleitamento após intervenção da enfermeira

Agradecimento: Banco Itaú-Unibanco Área de Saúde Corporativa

III SEMINÁRIO INTERNACIONAL MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA www.gamp21.com.br | contato@gamp21.com.br

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:

UM VALIOSO INSTRUMENTO PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA AINDA POUCO VALORIZADO

Vera Regina Apoliano Ribeiro, Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida, Paulo César de Almeida, Anamaria Cavalcante e Silva, Jocileide Sales Campos.

- **Introdução:** A Caderneta de Saúde da Criança (CSC), implantada em 2005, pelo Ministério da Saúde é um valioso instrumento de monitoração do crescimento e desenvolvimento infantil disponível para os cidadãos brasileiros por ocasião do nascimento. Apesar de sua importância, seu aproveitamento adequado não vem sendo contemplado, de acordo com estudos realizados no território nacional.
- **Objetivo:** A atual pesquisa teve como objetivo analisar a utilização da CSC, no primeiro ano de vida, no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento, de crianças nascidas no período de 01 de janeiro de 2011 a 31 de julho de 2012, no município de Fortaleza.
- **Metodologia:** Foi criado um sistema de pontuação para atribuir notas de zero a dez às CSC de acordo com os índices de preenchimento. Considerou-se que as CSC com notas inferiores a 4,0, teriam notas insatisfatórias e com notas superiores a 4,0, satisfatórias. Fatores sociodemográficos das mães e das crianças e fatores relacionados à trajetória de acompanhamento no primeiro ano de vida constituíram as variáveis preditoras estudadas, sendo a nota da CSC a variável desfecho.
- **Resultados:** As notas das CSC variaram de zero a 8,7. Apenas 18,9% das CSC obtiveram notas acima de 4,0.

Tabela 1 - Conceitos atribuídos às CSC de acordo com o preenchimento, Fortaleza, agosto de 2013.

Conceitos	Número	%
Ruim (0 – 1,9)	182	52
Insuficiente (2 – 3,9)	102	29,1
Regular (4 – 5,9)	43	12,3
Bom (6 – 7,9)	22	6,3
Excelente (8-10)	1	0,3
TOTAL	350	100

Associação significativa com nota insatisfatória foi encontrada com: idade da criança maior que 18 meses no momento da pesquisa (OR= 2,46), número de consultas de puericultura realizadas inferior a sete (OR= 3,87) e mães que nunca fizeram anotações nas CSC (OR= 2,6).

Tabela 2 - Variáveis associadas à nota insatisfatória da caderneta de saúde da criança.

Variáveis	Odds Ratio*	IC95%	p
Faixa etária da criança			
(risco >18meses; categoria de referência ≤18 meses)	2,46	1,32-4,56	0,004
Nº consultas puericultura			
(risco=1-6; categoria de referência= ≥7)	3,87	1,83-8,18	0,000
Anotações na CSC pela mãe			
(risco= não; categoria de referência= sim)	2,60	1,34-5,03	0,004

- **Considerações finais:** Os resultados mostraram que a utilização da CSC no município de Fortaleza é bastante insatisfatória e medidas de políticas públicas devem ser tomadas visando capacitação, sensibilização e compromisso de profissionais, com promoção de ações educativas frente aos pais, para que compreendam que seus filhos têm o direito, como cidadãos, de serem monitorados com registro de seus dados de crescimento e desenvolvimento. A CSC é um instrumento que, na sua utilização, tem o potencial de disciplinar o profissional de saúde a praticar a semiologia, com anamnese e exame físico, visto que para o seu adequado uso, a realização dessa prática é indispensável. Urge, portanto, a necessidade de estabelecer como dever do profissional de saúde, a utilização da CSC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, C. R. L.; LASMAR, L. M. L. B. F.; GOULART, L. M. H. F.; ALVIM, C. G.; MACIEL, G. V. R.; VIANA, M. R. A. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p.583-595, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Série 1. História da Saúde.** Brasília, DF. 2011.

CARVALHO, M. F.; DE LIRA P. I.; ROMANI, S.A.; SANTOS, I. S.; VERAS, A. A.; BATISTA FILHO, M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008

SANTOS, S. L. A. O Exercício da puericultura in: **Manual de puericultura do departamento de pediatria da FMABC.** São Paulo. Faculdade de Medicina do ABC. 2010.

LINHARES, A. O.; GIGANTE, D. P.; BENDER, E.; CESAR, J. A.; Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Revista da AMRIGS**, v. 56, n. 3, p.: 245-250, 2012.

LAR MENINAS DOS OLHOS DE DEUS: EXPERIÊNCIA DE PESQUISA-AÇÃO COM ACADÊMICOS DE MEDICINA

Vera Regina Apoliano Ribeiro, Idalbênia Vitoriano Barbosa, Lisiane Maria Verri Alexandre, Lorena Cavalcante de Lemos, Nara Mirella Teixeira Paiva, Lucas Meireles Holanda, Luíza Bezerra Cavalcante Soares, Mariana Lima Montenegro, Marília Rabelo Pinheiro, Melissa Carolina Dantas Joventino, Monique Montesuma de Vasconcelos, Morgana Feitosa de Queiroga, Naiana Teles de Andrade, Débora Silvestre Pontes Mendes Coelho, Sócrates Belém, Thales Gonçalves de Sousa, Luan Victor Almeida Lima, Madson Sales.

- **Introdução:** Segundo dados da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 150 milhões de meninas e 73 milhões de meninos menores de 18 anos são vítimas de exploração sexual no mundo. Em 2000, na Ásia, foi fundada a primeira casa meninas dos Olhos de Deus, por pastores evangélicos, participantes da Missão Cristã Mundial, com o objetivo de resgatar crianças vítimas de exploração sexual ou em situação de risco. O número de casas se expandiu ao longo dos anos, e no Brasil, já existem quatorze casas. Em Fortaleza, foi fundada em 2011 e atualmente abriga 23 crianças na faixa etária entre 5 e 14 anos. As crianças vivem sob a guarda de duas mães sociais, estudam e recebem assistência médica na rede pública e privada de atenção. A casa recebe apoio de empresas privadas, igreja evangélica e voluntários.
- **Descrição da Experiência:** Foi desenvolvido, em Fortaleza, um trabalho com acadêmicos de Medicina do terceiro semestre, onde os mesmos tiveram oportunidade de realizar ações de Puericultura, sob supervisão profissional de professores, junto às crianças e adolescentes da Casa Meninas dos Olhos de Deus. Foram verificados dados antropométricos, testes de acuidade visual, avaliação fonoaudiológica e atividades lúdicas, além de verificação da situação vacinal e análise de exames laboratoriais realizados. As crianças que apresentaram alterações nutricionais, deficiências visuais, auditivas ou atraso vacinal foram encaminhadas para os serviços da rede de referência ou para profissionais voluntários para que pudessem ser avaliadas e conduzidas adequadamente.

USE SEU TALENTO PARA
TRANSFORMAR
VIDAS!
SEJA VOLUNTÁRIO.

**MENINAS DOS
OLHOS DE DEUS**
CASA-LAR FORTALEZA - CE

085 3239.4970 | 085 9694.3566 | 085 8758.5900
relacionamentomod@gmail.com

- **Resultados:** A oportunidade de conhecer a instituição que abriga crianças vítimas de formas diversas de violência suscitou a sensibilização dos estudantes em desenvolverem trabalhos voluntários, agregando mídias e recursos sociais e financeiros para apoiar a instituição. Além disso, ideias relacionadas a trabalhos de prevenção à violência, com medidas educativas junto à família, à escola e à sociedade foram afloradas a partir da atividade desenvolvida.
- **Considerações Finais:** Cada indivíduo que compõe uma sociedade tem o dever de protegê-la da violência. Desempenhar um papel promotor de paz no âmbito familiar, na escola, no trabalho e nos meios sociais deve ser cultivado e estimulado. As instituições que formam profissionais cujas atividades futuras se relacionarão com crianças e adolescentes têm uma grande oportunidade de reforçar a conscientização dos alunos para que multipliquem medidas contra violência, no curso de suas vidas profissionais e pessoais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ORIONTE, I; SOUZA, S. M.G. O significado do abandono por crianças institucionalizadas. *Psicol Rev*, Belo Horizonte, 2005.

WHIFFEN, V.E; MADNOSH, H.B. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress — a critical review. *Trauma Violence Abuse*. 2005.

Lar Meninas dos Olhos de Deus disponível em: <http://www.mcmpovos.com.br/site>. Acesso em 26 de abril de 2014.

PIRES, A. L. D; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus- Tratos contra Crianças e Adolescentes – Revisão de Literatura para profissionais de saúde. *Arq Ciênc Saúde*, jan-mar; 12 (1): 42 – 49, 2005.



Secretaria de
Assuntos Estratégicos

Secretaria de
Direitos Humanos

Ministério de
Desenvolvimento Social
e Combate a Fome

Ministério da
Educação

Ministério da
Saúde



III SEMINÁRIO INTERNACIONAL MARCO LEGAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA – CONGRESSO NACIONAL DO BRASIL

VI REUNIÃO DA REDE HEMISFÉRICA DE PARLAMENTARES E EX-PARLAMENTARES PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

**Marco Legal para as políticas públicas sobre a Primeira Infância
(30 de junho, 1º e 2 de julho de 2015)**

PLANO DE TRABALHO 2016- 2017

APROVADO EM BRASÍLIA, BRASIL, 2 DE JULHO DE 2015



A Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância é um movimento regional de legisladores dos países das Américas que, com o apoio de organismos e instituições internacionais como a Organização dos Estados Americanos e a Fundação Bernard van Leer, buscam estimular ações de advocacy, sensibilização e garantia de direitos a favor do Desenvolvimento Integral da Primeira Infância. A Rede se compromete a estabelecer alianças com outros organismos internacionais e instituições do setor governamental, legislativo, empresarial e da sociedade civil para somar esforços que enriqueçam as políticas públicas e as leis, tornem realidade os compromissos internacionais e nacionais com a primeira infância e consigam chegar a pressupostos adequados que patrocinem a atenção, proteção, educação e desenvolvimento integral das crianças das Américas, prioritariamente as mais excluídas.

São objetivos específicos da Rede Hemisférica:

- promover o debate sobre o que representa a primeira infância para a construção de um país livre, democrático e com equidade;
- dar visibilidade aos marcos internacionais estabelecidos em torno da atenção integral de qualidade para a primeira infância;
- instalar na agenda dos parlamentares nacionais e internacionais o tema da proteção e atenção integral à primeira infância, como um assunto prioritário;
- definir compromissos e estabelecer ações concretas a favor da primeira infância;
- promover o intercâmbio de boas práticas legislativas sobre a primeira infância;
- vincular e apoiar aos setores civil, governamental e empresarial que desenvolvam ações a favor da primeira infância; e
- difundir bibliografia política, científica, técnica, metodológica especializada sobre primeira infância e campos afins.

A Mesa Diretora da Rede Hemisférica tem a seguinte composição:

- **Presidente:** Deputado Dr. Alberto Anaya Gutiérrez – México.
- **Vice-presidentes:** Deputado Osmar Terra – Brasil; Senadora Máxima Apaza – Bolívia; Deputada Lorelly Trejo Salas – Costa Rica; Ex-deputado Héctor Alfredo Nuila Ericastilla – Guatemala; Licenciado Luis Maldonado – México; Congressista Karla Shaefer Cuculiza – Peru; países em processo: Argentina, El Salvador, República Dominicana e Venezuela.
- **Secretário Executivo:** Ex-Deputado Dr. Enrique Kú Herrera – México.
- **Secretária Técnica e de Relações Internacionais:** Dra Gaby Fujimoto.

A Rede Hemisférica tem alianças de trabalho conjunto com outros organismos:

- Organização dos Estados Americanos (OEA), como membro da Sociedade Civil;
- PARLACEN para trabalhar nos sete países que o compõe, por Resolução;

- Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN/OEA), em processo;
- Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), em processo.

A Rede Hemisférica conta com seu Estatuto de Criação e registro no México-DF, México. O Estatuto consta de 15 capítulos e 65 artigos aprovados em 25 de outubro de 2011, em Puebla – México.

Com base nos Estatutos, participação de delegados dos países e por decisão de seus membros, tem vigente o Plano de Ação 2014-2015, aprovado em 25 de outubro de 2013, em Monterrey, Nuevo León, México, por legisladores de Bolívia, Brasil, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua, México, Panamá, Peru, República Dominicana, Uruguai e Vietnã. A seguir, a continuação proposta pelo Plano de Trabalho 2016-2017.

PLANO DE TRABALHO 2016-2017 **APROVADO EM BRASÍLIA, BRASIL, 2 de julho de 2015**

A. Associação Nacional de Legisladores e ex-Legisladores a favor da Educação, com Prioridade à Primeira Infância (México)

- Consolidação da Associação Nacional.
- Consolidação de novas redes estatais do México, além de *Nueva León, Michoacán e Puebla*.

B. Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância

1. Fortalecer as Redes Nacionais de legisladores de Brasil, Costa Rica, Guatemala, México e Peru; e acompanhar os processos iniciados em Argentina, Bolívia e El Salvador; e continuar a criação de instâncias nacionais no resto dos países da região.
2. Instrumentalizar os compromissos da Rede e conseguir indicadores de continuidade e avaliação do que os governos aprovaram em reuniões políticas mundiais, regionais, sub-regionais com Presidentes, Ministros de Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Assuntos Estratégicos, Direitos Humanos, instituições de proteção, entre elas: a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC); o Fórum Mundial sobre Educação 2015 de *Incheon*, Coréia; as Metas para o Desenvolvimento Sustentável 2016-2030; e a Cúpula Mundial da Mulher 2015.
3. Continuar com a participação da Rede Hemisférica em reuniões políticas internacionais que se realizem sobre direitos humanos, educação, desenvolvimento social, nutrição e saúde, primeira infância, nos parlamentos regionais: PARLASUR, PARLATINO, Parlamento Indígena, PARLACEN, Parlamento do Caribe e outros.
4. Promover alianças e apoio técnico-financeiro nas iniciativas concretas com CELAC, ALBA, UNASUR, SICA e diversos bancos e organismos internacionais.
5. Formalizar o acordo de trabalho conjunto com o Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN/OEA) que consolide: a articulação de esforços no campo da primeira infância e o intercâmbio com os grupos parlamentares para promover iniciativas legislativas, prioritariamente de proibição do castigo físico e de toda forma de violência.
6. Aceitar o convite do IIN/OEA para publicar bibliografia e informes da Rede Hemisférica no *site* do IIN/OEA; e difundir vídeo institucional da Rede.

7. Continuar o processo do acordo de trabalho conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) para incentivar políticas e marcos legislativos e regulatórios de proteção à maternidade e nutrição das crianças e da mãe; com ênfase nos primeiros 1.000 dias de vida (atenção pré-natal, prevenção da gravidez na adolescência, peso ao nascer, cesáreas apenas nos casos necessários, prevenção da prematuridade, promoção da lactância materna; políticas fiscais para regular a publicidade e promoção dos alimentos e bebidas com alta densidade calórica e baixo valor nutricional; etiquetamento frontal dos alimentos; ações sobre epidemia de obesidade e anemia, Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno da OMS, e outras temáticas vinculadas às metas do desenvolvimento sustentável 2015/2030).
8. Oferecer as capacidades da Rede para apoiar e acompanhar processos legislativos sobre a primeira infância, a redução e o combate à violência familiar e institucional, violência comercial e publicitária, prevenção de acidentes na primeira infância, adequação da vida familiar e profissional, entre outras temáticas de alta prioridade.
9. Promover em toda a região a adequação normativa à Convenção dos Direitos da Criança (CDC) e seus Comentários Gerais; assim como a Doutrina da Proteção Integral.
10. Elaborar o marco legal para as políticas de atenção, educação e proteção da infância, particularmente da primeira infância, com evidências científicas claras e assessorar os governos em sua aplicação, de acordo com o contexto de cada país.
11. Apoiar a elaboração de políticas públicas integrais, específicas para as populações indígenas, amazônicas, afrodescendentes, pessoas com deficiências para dar-lhes a mesma garantia de direitos, respeitando a diversidade com equidade e qualidade.
12. Incentivar conjuntamente as leis nacionais e as normas jurídicas que envolvam a todos Estados subnacionais e aos governos locais e municipais, procurando que a reforma normativa alcance a todos os níveis de governo, homogenizando o marco jurídico e facilitando a aplicação das políticas públicas integrais e descentralizadas.
13. Apoiar os grupos parlamentares a incentivar a assinatura como pressuposta por parte dos Executivos nacionais, subnacionais e locais de maneira que se garanta a implementação das políticas de acordo com a Lei.
14. Legislar para que os recursos obtidos, nos países, para a implementação da atenção à primeira infância, sejam sustentáveis e priorizem as zonas e populações mais vulneráveis.
15. Promover a incorporação ativa de todos os atores vinculados à primeira infância nos processos de redação das leis, construção e implementação das políticas e avaliação dos resultados.
16. Apoiar os poderes legislativos para a criação de normas progressivas de corresponsabilidade familiar para declaração de autonomia de pré-adolescentes a partir dos 12 anos.
17. Estabelecer convênios ou cartas de entendimento com Universidades, Centros de Formação Institucional, Fundações, Empresas e organismos não governamentais, organismos internacionais e especializados para implementar os compromissos do Plano de Trabalho da Rede Hemisférica 2016-2017 nos assuntos prevaletentes.
18. Promover a criação e o desenvolvimento de carreiras, sistemas e programas de formação continuada, capacitação e especialização de profissionais que trabalham as diferentes dimensões de atenção integral à primeira infância; que inclua enfoque de desenvolvimento humano integral, perspectiva

- de direitos, prioridade dos 1.000 primeiros dias de vida do ser humano; e habilitação de pais de família como principais mediadores pedagógicos.
19. Desenvolver sistemas e programas de formação, capacitação e especialização de agentes educativos, em aliança com Universidades, Centros de Formação, Fundações e Empresas para pessoal de administração e gestão de serviços; agentes educativos não formais, meios de comunicação; pais, mães e demais membros da família.
 20. Promover iniciativas jurídicas e programáticas, campanhas comunicacionais pelo “bom tratamento” e pela “disciplina positiva”, que garantam o direito de as crianças crescerem livres de todo tipo de violência, entre elas a comercial e de mercado.
 21. Apoiar os poderes legislativos para criar e/ou enriquecer marcos normativos de política nacional integrada de primeira infância – com evidência científica clara – que impulsionem as transformações necessárias, favoreçam a intersetorialidade, assegurando a efetividade e complementariedade das ações.
 22. Promover a atualização dos Estatutos da Criança e do Adolescente; leis nacionais de atenção integral, leis de trabalho, leis de responsabilidade social empresarial, leis contra todo tipo de violência infantil e outras normas jurídicas para fazê-las coerentes com o interesse superior da criança, a garantia como sujeito de direitos, os avanços das pesquisas sobre desenvolvimento humano, a participação dos pais.
 23. Incorporar, nos marcos normativos da primeira infância, informação estatística, diagnóstica, de investigações, de sistematização de práticas, resultados de avaliações, financiamento; e prever sua difusão em todos os níveis.
 24. Publicar pesquisas, bibliografia especializada, materiais e informes e distribuí-los especialmente nos canais de TV parlamentares, plataformas cidadãs, páginas *web* (como a que se criou no Brasil: <marcolegal.com>) e meios de comunicação a fim de sensibilizar e informar ações de *advocacy*, sensibilização e incidência política no apoio ao trabalho com a primeira infância.
 25. Insistir na aprovação de leis que proíbam aos meios de comunicação a difusão de programas e concursos públicos onde participem crianças menores de dois anos. Em seu lugar, que se ofereçam cobertura diária para difundir mensagens que sensibilizem e eduquem a população em geral sobre a importância da atenção integral à primeira infância e os primeiros 1.000 dias de sua vida; a corresponsabilidade paterna no desenvolvimento infantil, a lactância materna; a alimentação saudável, a eliminação de toda forma de violência infantil, entre outros temas.
 26. Formalizar o funcionamento de um grupo de trabalho integrado por legisladores e/ou ex-legisladores de Brasil, Bolívia, Cuba, México e Peru, para concretizar ações entre as reuniões da Rede.
 27. No encargo de ratificar data e lugar, agradecer o oferecimento da delegação mexicana como sede para a execução da VII Reunião Internacional da Rede Hemisférica no Estado de Quintana Roo, no ano de 2016; assim como a delegação da Bolívia por oferecer sede à VIII Reunião Internacional da Rede Hemisférica.
 28. Ratificar e ampliar a convocatória a empresários, representantes governamentais do Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente, United Way, Save the Children e outros potenciais sócios para que na VI Convocatória da Rede, do ano de 2016, se aprovem ações concretas de legisladores, empresários, fundações e sociedade civil sobre os temas tratados na presente reunião.
 29. Realizar um estudo comparativo das leis e normativas que aprovam a Responsabilidade Social Empresarial em benefício da primeira infância, as formas como se concretizam as mesmas na prática e as lições aprendidas para socializá-las.

30. Organizar conferências e atividades científicas com especialistas reconhecidos academicamente; e convidar a participar em eventos acadêmicos os membros da Rede Hemisférica, a fim de construir uma cultura a favor da primeira infância, seu significado e transcendência para o desenvolvimento humano, entre os legisladores.
31. Promover a realização de intercâmbios entre legisladores e grupos parlamentares e continuar participando de reuniões acadêmicas e políticas de alto nível nas quais a atenção integral à primeira infância esteja entre os conteúdos abordados.
32. Difundir as recomendações aos poderes executivos, empresariais, sociedade civil e opinião pública do Brasil e de outros países, aprovados na presente reunião (ver Anexo Recomendações).
33. Ampliar o âmbito e promover a incorporação da Rede Hemisférica em nível mundial, entre as opções, na União Interparlamentar com sede em Genebra, Suíça.

Recomendações sugeridas pela Fundação Êxito

- a. Envolver os meios de comunicação como porta-vozes dos direitos das crianças, promover as boas práticas e denunciar as violações a que as crianças são submetidas.
- b. Promover e fortalecer o papel da empresa privada nas ações da Rede Hemisférica.
- c. Construir um sistema de monitoramento e avaliação conjunta para todos os países da Região, que permita dar seguimento aos compromissos realizados na normativa sobre primeira infância em cada país.
- d. Assessorar os governos no que diz respeito à regulação da publicidade de alimentos dirigida à população infantil.

Comitê de relatoria:

- Adrián Rozengard, Diretor Nacional de Gestão do Desenvolvimento Infantil do Ministério de Desenvolvimento Social da Argentina.
- Victor Giorgi, Diretor-Geral do Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN/OEA).
- Enrique Kú Herrera, Secretário Executivo da Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância – México.
- Carolina Aluisino, Coordenadora do Programa de Proteção Social do CIPEC, Argentina.
- Tamara Piñeiro, Consultora Internacional de Nutrição, Cuba.
- Ivânia Ghesti-Galvão, Secretária Parlamentar da Frente Parlamentar da Primeira Infância, Câmara dos Deputados do Brasil.
- Gaby Fujimoto, Secretária Técnica e de Relações Internacionais da Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância, EUA (Coordenadora).

Tradução espanhol-português:

- Ivânia Ghesti-Galvão, Secretária Parlamentar da Frente Parlamentar da Primeira Infância, Câmara dos Deputados do Brasil.



Secretaria de Assuntos Estratégicos

Secretaria de Direitos Humanos

Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome

Ministério da Educação

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA FRENTE PARLAMENTAR PELA PRIMEIRA INFÂNCIA – CONGRESSO NACIONAL DO BRASIL

VI REUNIÃO DA REDE HEMISFÉRICA DE PARLAMENTARES E EX-PARLAMENTARES PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

Marco Legal para as políticas públicas sobre a primeira infância

RECOMENDAÇÕES AO PODER EXECUTIVO BRASILEIRO E DE OUTROS PAÍSES DA REGIÃO APROVADAS

ANEXO DO PLANO DE TRABALHO da Rede Hemisférica 2015-2016

Brasília, Brasil, 2 de julho de 2015

O Terceiro Seminário Internacional da Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância e da Comissão de Seguridade Social e Família do Congresso Nacional do Brasil e a VI Reunião Internacional da Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância, se realizou na Câmara de Deputados do Brasil, de 30 de junho a 2 de julho de 2015.

O evento teve como finalidade revisar os avanços e desafios na construção do Marco Legal para as políticas públicas da primeira infância, garantindo sustentabilidade, refletindo congruência com as novas descobertas científicas e cumprindo com o dever de garantir os direitos para todas as crianças de 0 a 6 anos

do Brasil e de todo o continente. Contou com participação política, técnica e acadêmica de representantes de ministros, diretores nacionais, estaduais, locais, senadores, deputados, empresários e representantes da sociedade civil de Argentina, Brasil, Bolívia, Colômbia, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, México e Peru. Participaram também representantes de organismos e instituições internacionais do Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN/OEA); Organização Pan-Americana para a Saúde (OPAS); e UNICEF Brasil.

A atividade foi realizada pela Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância e a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, e a Rede Hemisférica de Parlamentares e ex-Parlamentares pela Primeira Infância, com apoio do Governo Federal, Procuradoria Especial da Mulher do Senado Federal do Brasil, United Way, Banco Mundial do Brasil e Fundações Maria Cecília Souto Vidigal, do Brasil, e Bernard van Leer, da Holanda.

Entre os resultados mais importantes dos três dias de trabalho – além de ratificar o consenso científico-neurológico, jurídico, psicológico, social e pedagógico que fundamenta a obrigação de desenvolver marcos científicos em toda legislação e políticas de primeira infância dos países – se gerou um intercâmbio proveitoso de experiências, opiniões e análises dos processos legislativos que vêm se desenvolvendo em cada país e na região como um todo.

Um dos compromissos assumidos pelos organizadores do evento foi o de, a partir das apresentações e do diálogo desenvolvido durante a jornada, ter um Comitê de relatoria para preparar recomendações para serem transmitidas ao Poder Executivo Brasileiro e de outros países da região. Essas recomendações são apresentadas neste texto.

As recomendações foram socializadas pelo Deputado Osmar Terra, em nome da Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância e da Comissão de Seguridade Social e Família do Congresso Nacional do Brasil; e pelo Doutor Enrique Kú Herrera, como Secretário Executivo da Rede Hemisférica de Parlamentares e Ex-parlamentares pela Primeira Infância. Os delegados de países, empresas e organismos participantes aprovaram a proposta indicando sugestões que já foram incorporadas, até 13 de setembro de 2015.

Os que participaram e os organizadores do evento entregaram às autoridades e instituições de governo nacionais e organismos e instituições internacionais, legisladores, empresários, sociedade civil e estudantes, um aporte com solicitação de que as propostas sejam implementadas.

Os legisladores, reunidos em Brasília, Brasil, entre 30 de junho e 2 de julho de 2015, após três dias de trabalho, recomendam aos Poderes Executivos:

1. Reconhecer, valorizar e considerar, por parte dos Executivos Nacionais, as Redes Nacionais de Legisladores e ex-Legisla-dores pela Primeira Infância criadas ou em processo de formação, identificando-as como espaços de consulta política e discussão privilegiada sobre a primeira infância.
2. Promover – em cada um dos países da região – a total adequação legislativa sobre a primeira infância aos conteúdos e princípios da Convenção sobre os Direitos da Criança e da Doutrina de Proteção Integral.
3. Revisar, precisar e consolidar o marco legal das políticas de atenção, educação e proteção da criança, particularmente, da primeira infância.
4. Promover leis complementares e implementar políticas públicas que promovam e garantam a redução de todo tipo de violência sobre as crianças no âmbito familiar e institucional, comercial, publicitário, a adequação da vida familiar e profissional e a solução das problemáticas sanitárias tais como desnutrição, anemia e obesidade e a ampla copaternidade responsável, entre outras.

5. Gerar iniciativas nacionais, subnacionais e locais que promovam o “bom tratamento” e a “disciplina positiva” que garantam o Direito de as crianças crescerem livres de todo tipo de violência.
6. Estimular – em conjunto com as leis nacionais – normas jurídicas que envolvam os Estados subnacionais, governos locais e municipais, buscando que a reforma normativa alcance todos os níveis de governo, homogenizando o marco jurídico e facilitando a aplicação das políticas públicas integrais e descentralizadas com prioridade para as populações mais vulneráveis, indígenas, amazônicas, afro-americanas e com deficiências, entre outras.
7. Garantir a correspondente assinatura como pressuposta por parte dos Executivos nacionais, subnacionais e locais para responder à implementação das políticas de acordo com as Leis de atenção, educação e proteção integral de direitos da criança.
8. Garantir a sustentabilidade e a intangibilidade dos recursos destinados à aplicação das novas normas de primeira infância com prioridade às áreas mais vulneráveis.
9. Reconhecer que as políticas de inclusão e de garantia prioritária dos direitos da infância são políticas redistributivas, o que implica destinar recursos específicos e que isso só pode se alcançar a partir da implementação de políticas fiscais que deem suporte à decisão política.
10. Promover a forte articulação do uso dos recursos já existentes nos pressupostos estatais, com objetivo de melhorar sua capacidade de Gestão e ampliar a cobertura com equidade e qualidade dos serviços destinados à primeira infância.
11. Promover a integração ativa de todos os atores vinculados à primeira infância, em todos os níveis do Estado e de todas as representações setoriais, reconhecendo na intersectorialidade, com uma só concepção de primeira infância, uma das chaves para garantir o êxito das políticas aplicadas. Somar aos atores de governo alianças com empresários, fundações, sociedade civil para fortalecer os resultados.
12. Estabelecer, financiar e oficializar mecanismos e estratégias de formação, capacitação e especialização permanente e com perspectiva de direitos, dos recursos humanos responsáveis pela educação, cuidado e proteção da primeira infância: os grupos familiares e as comunidades.
13. Gerar mecanismos de produção de informação estatística, diagnóstica, investigações, sistematização de práticas e resultados e difusão dos mesmos nos organismos responsáveis pela execução das políticas.
14. Reconhecer a diversidade de modelos de intervenção que se desenvolvem em todos os países, recuperando e respeitando a diversidade, os valores e as experiências que estas aportam, intervindo ativa e responsabilmente para garantir os níveis de qualidade com equidade e cobertura adequados à normativa da educação e proteção integral.
15. Reconhecer que todas as políticas integradas para primeira infância devem ter como denominador comum a tomada de posição sobre uma concepção do desenvolvimento da infância que contemple a integralidade. Com vontade política é possível assumir e implementar políticas integradas.

Anexo: *Power Points* e resumos das apresentações.

Comitê de relatoria:

- Adrián Rozengard, Diretor Nacional de Gestão do Desenvolvimento Infantil do Ministério de Desenvolvimento Social da Argentina.
- Victor Giorgi, Diretor-Geral do Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente (IIN/OEA).

- Enrique Kú Herrera, Secretário Executivo da Rede Hemisférica de Parlamentares e Ex-parlamentares pela Primeira Infância – México.
- Carolina Aluisino, Coordenadora do Programa de Proteção Social do CIPEC, Argentina.
- Tamara Piñeiro, Consultora Internacional de Nutrição, Cuba.
- Ivânia Ghesti-Galvão, Secretária Parlamentar da Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância, Câmara dos Deputados do Brasil.
- Gaby Fujimoto, Secretária Técnica e de Relações Internacionais da Rede Hemisférica de Parlamentares e Ex-parlamentares pela Primeira Infância, EUA (Coordenadora).

Tradução espanhol-português:

- Ivânia Ghesti-Galvão

III SEMINÁRIO INTERNACIONAL MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA & SEXTA REUNIÃO INTERNACIONAL DA REDE HEMISFÉRICA DE PARLAMENTARES E EX-PARLAMENTARES PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

30 de junho, 1º e 2 de julho de 2015

Auditório Nereu Ramos – Câmara de Deputados

“Marco Legal para as políticas públicas sobre a primeira infância”

Anexo materiais de conferências e mesas redondas

1. Mesa Redonda: Novos Avanços na Legislação sobre a Primeira Infância:

- Deputada Carmen Zanotto e Vital Didonet: Novos avanços no Marco Legal; Projeto de Lei da Primeira Infância do Brasil (PL nº 6.998/2013 – PLC nº 14/2015).
- Víctor Giorgi, IIN/OEA, Uruguai. Avanços e perspectivas no marco do Instituto Interamericano da Criança e do Adolescente.
- Helia Molina, Chile. Avanços da legislação do Chile: “Chile Cresce Contigo”.

2. Conferência: A estratégia dos 1.000 primeiros dias de vida:

- Dr. Cesar Victora, Brasil. (Ex-Presidente da Sociedade Internacional de Epidemiologia).

3. Mesa-redonda: Bases científicas do Projeto de Lei da Primeira Infância:

- Jaderson Costa, Brasil. A influência do meio ambiente na arquitetura cerebral.
- Gary Barker, Estados Unidos. Estado da licença-paternidade no mundo.
- Marco Aurélio Martins, Brasil. Paternidade e cuidado – estratégias para agregar os homens no cuidado dos filhos.
- Daniel Domingues dos Santos, Brasil. Impacto do desenvolvimento infantil na aprendizagem.

4. Mesa Redonda: Política Integrada para a Primeira Infância – o desafio da intersectorialidade:

- Miriam Díaz Gonzáles, Cuba. Políticas integradas para a Primeira Infância – o desafio da intersectorialidade.
- Diana Sepúlveda Herrera, Colômbia. Projeto de Lei de Zero a Sempre.

- Paulo Bonilha – Ministério de Saúde, Brasil. Programa de estímulo ao desenvolvimento integral da primeira infância do Brasil.
- Tiago Falcão – Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome/MDS.

5. Mesa Redonda: Integração e Descentralização – como a Política da Primeira Infância chega a seu destino?

- Angélica Goulart, Secretária Nacional de Promoção dos Direitos das Crianças e Adolescentes e Presidente do Conselho Nacional de Direitos de Crianças e Adolescentes (CONANDA), Brasil.
- Deputada Maria del Carmen Bianchi, Argentina. Política Federal de Cuidado para a Primeira Infância.
- Deputadas Lucila Estela Hernández e Susana Hurtado, México. Lei Geral de Direitos das Crianças e Adolescentes do México, aprovada no dezembro de 2014.

6. Mesa Redonda: Participação social, Responsabilidade social empresarial e meios de comunicação social: contribuições com e para a Primeira Infância.

- Silvia Lara, AED, Costa Rica. Responsabilidade da empresa com a sociedade.
- Diana Sepúlveda Herrera, Êxito, Colômbia.
- Paula Fabiani, IDIS, Brasil.
- Eduardo Queiroz, FMCSV, Brasil. Apresentação EQ Brasília.
- Daniel Frank, Ready Nation, USA. Business Champions for Early Childhood: Supporting the Workforce of Today and Tomorrow.

7. Mesa Redonda: Boas Práticas para garantir o enfoque de direitos nas políticas públicas de infância – implementação, avaliação pelas famílias, profissionalização dos agentes:

- Carolina Bezerra, Brasil. Cresça com seu filho.
- Leila Almeida, Brasil. Primeira Infância Melhor.
- Silvia Zanotti Magalhães. Experiências de United Way Brasil.

8. Apresentação da nova versão da *Enciclopédia da Primeira Infância*. Lançamento do site do Marco Legal da Primeira Infância. Apresentação do projeto de publicação da Série Cadernos e Debates da Câmara de Deputados: “Avanços do Marco Legal da Primeira Infância”.

- Alessandra Schneider, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- Ivânia Ghesti-Galvão. Frente Parlamentar da Primeira Infância.
- Gustavo Amora. Amora Colaborativa e Fundação Bernard van Leer.

9. Mesa Redonda: Desafios e estratégias de trabalho para enfrentar a desnutrição, anemia, obesidade, paternidade corresponsável, inequidade, maus-tratos e violência contra a infância.

- Miguel Malo, OPS, Peru.
- Regino Piñeiro, Cuba.
- Cristina Albuquerque, UNICEF/Brasil.
- Aldeny Rezende, Equidade com deficientes auditivos, ADHARA Brasil.

10. Recomendações para o Executivo Brasileiro e de outros países.

- Deputados Osmar Terra, Dr. Enrique Kú Herrera.

ANEXO DOCUMENTO COM APORTES DE 3 DE AGOSTO DE 2015.

11. Revisão, avaliação e programação de atividades de Plano de Trabalho 2016-2017 da Rede Hemisférica de Legisladores e ex-Legisladores pela Primeira Infância.

Conheça outros títulos da série Cadernos de Trabalhos e Debates na página do Centro de Estudos e Debates Estratégicos:
www.camara.leg.br/cedes