Este Guia é um dos resultados do projeto desenvolvido pela United Way Brasil com parceria da Fundação Bernard van Leer no período de 2016 a 2018 onde apoiaram iniciativas públicas para o cuidado integral e integrado de famílias com gestantes e crianças até 6 anos de idade nos estados do Acre e do Amazonas.

Como estratégia para implantação do projeto a United Way Brasil com apoio da Fundação Bernard van Leer acreditaram na parceria com estados e municípios para o desenvolvimento de ações de forma colaborativa e participativa, considerando peculiaridades locais e culturais para o fortalecimento das competências no cuidado da primeira infância.

O Guia para Gestores e Técnicos poderá contribuir como documento de referência a outras tantas iniciativas de políticas públicas para a primeira infância por estados e municípios do Brasil.

Bernard van Leer FOUNDATION

United Way Brasil

crescer aprendendo®

formulação e gestão de política pública estadual ou municipal de promoção do desenvolvimento na primeira infância

guia para gestores e técnicos

formulação e **gestão de política pública** estadual ou municipal de promoção do desenvolvimento na primeira infância

guia para gestores e técnicos

formulação e gestão de política pública estadual ou municipal de promoção do desenvolvimento na primeira infância

Ficha técnica

› autoria

Paulo Vicente Bonilha Almeida
Médico Pediatra e de Saúde Pública consultor técnico da United Way Brasil

› co-autoria

Jane Valente
Liese Serpa
Neidena Ribeiro de Araújo

› apoio técnico e financeiro

Fundação Bernard van Leer
United Way Brasil

› projeto gráfico, capa e ilustrações

Paula Izzo
Germán Biglia
Studiomondo

Sumário

apresentação 5

PARTE 1: JUSTIFICATIVA

1. Por que investir na promoção do desenvolvimento na primeira infância (dpi)? Que ações têm evidências de impacto?.....5

PARTE 2: POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

2. O que o Brasil e o mundo têm feito no campo de políticas públicas de promoção do dpi e de estratégia de programa de VD?.....5
3. Quais ações estratégicas de governo devem compor uma política pública de promoção do DPI?.....5
4. Como se dá a governança de uma política pública de promoção do DPI? Qual o papel da intersetorialidade na gestão e atenção? 5
5. Qual deve ser o público-alvo de uma política pública de promoção do dpi? 5
6. Estratégia de elaboração de plano municipal pela primeira infância 5

PARTE 3: ESTRATÉGIA DE PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARES PARA A PROMOÇÃO DO DPI

7. Quais são as principais diretrizes de funcionamento da estrategia de programa de VD visando a promoção do DPI?.....5
8. Quem deve ser o visitador e o supervisor? qual é o financiamento disponível?.....5
9. Quais são os objetivos e o conteúdo de visitas para grávidas num programa de VD para promoção do DPI?.....5
10. Quais são os objetivos e o conteúdo de visitas para mães/pais/famílias com crianças menores de 6 anos em programa de VD para promoção do DPI? 5

PARTE 4: A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE DA CRIANÇA, NA ATENÇÃO BÁSICA PARA UM PROGRAMA DE PROMOÇÃO DO DPI

11. Qual o papel da atenção à saúde da criança na atenção básica numa política pública de promoção do DPI?.....5

referências.....5
anexos 5

A preocupação da humanidade com a Primeira Infância cresce a cada dia, em todos os campos do conhecimento e da vida pública e familiar. Publicações científicas, políticas públicas nacionais, estaduais e municipais, artigos na mídia e eventos, por todos os lados, focam o tema, apontando de forma consensual a importância do investimento das famílias, sociedades e nações nas condições necessárias para promover um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância do ser humano.

O Brasil foi particularmente privilegiado nas últimas décadas, com o advento de grande número de políticas e normativas apontando diretrizes e induzindo ações intersetoriais ou mesmo das políticas públicas da Saude, da Educação e da Assistência Social, contemplando esta faixa etária: o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (2006), o Plano Nacional pela Primeira Infância (2010), o Programa Brasil Carinhoso (2012), o Plano Nacional de Educação (2014), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança-PNAISC (2015), o Marco Legal da Primeira Infância (2016), devendo se destacar a existência de muitos outros importantes marcos neste campo, inclusive na esfera estadual e municipal, como, por exemplo, o emblemático Programa Primeira Infância Melhor-RS (2006), inspirador de tantos outros.

Este Guia surge da necessidade de sensibilizar e subsidiar governantes estaduais e municipais, suas equipes gestoras e técnicas e a sociedade em geral, para a urgente tarefa de implantação de Políticas Públicas estaduais e municipais de Promoção do DPI, que tragam concretude, no território vivo, para as diretrizes de todo este belo arcabouço conceitual e legal criado por nossa nação, em prol das famílias com grávidas e crianças menores de 6 anos, em especial aquelas de maior vulnerabilidade biopsicossocial.

A parte 1 desta obra traz, no seu único capítulo, as evidências cientificas mais recentes, trazidas pela renomada revista científica The Lancet, de intervenções em políticas públicas, com maior evidência de impacto em prol do DPI.

A parte 2, no seu capítulo 2, repercute aquilo que o Brasil e o Mundo têm feito no campo das Políticas Públicas de Promoção do DPI e da estratégia de Programa de Visitas Domiciliares com este foco. Nos demais capítulos abordamos as estratégias de governo que devem compor uma Política Pública para promoção do DPI, como deve ser sua governança, o fundamental papel da intersetorialidade, tanto na gestão quanto na atenção às famílias e por último seu público alvo. Finalmente, no capitulo 6, um dos principais deste Guia, é apresentada a proposta de elaboração de Plano Municipal pela Primeira Infância, inteligente estratégia, que, desde a sua indução, pelo Plano Nacional pela Primeira Infância, em 2010, cada dia mais municípios decidem por elaborar, como primeiro passo para a estruturação de Política Pública de Promoção do DPI, se beneficiando com o clima de mobilização social que esta pode gerar em torno da causa.

A parte 3, apresenta de forma bastante detalhada, a tão discutida nos dias de hoje, estratégia de Programa de Visitas Domiciliares (VD) para a promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), suas diretrizes, a polêmica sobre melhor opção de Visitador na conjuntura atual do Brasil, o conteúdo sugerido para visitas, tanto para mulheres grávidas quanto para famílias com crianças na primeira infância.

Importante salientar que uma boa Política Pública de Promoção do DPI, construída de forma participativa, como propõe a metodologia de elaboração de Plano Municipal pela Primeira Infância, constituindo prioridade de governo, com boa governança e monitoramento de metas, não necessariamente depende, para seu êxito, da oferta de estratégia de Programa de Visitas Domiciliares (VD). Porém, evidências sugerem que, se bem conduzida, de forma orgânica e integrada às políticas públicas sociais, tem potência para impactar, de forma ainda mais positiva, em seus resultados.

A parte 4 é composta apenas por capítulo específico sobre a contribuição que uma atenção integral à saúde da criança, na atenção básica à saude, pode trazer para o êxito de uma política pública de promoção do DPI, considerando que muitas das intervenções apontadas pela revisão da revista The Lancet, como tendo evidências de impacto, são ofertadas tipicamente na Atenção Básica ou na Maternidade.

Finalmente, os Anexos trazem interessantes contribuições para ilustrar aspectos importantes do texto deste Guia.

Encerramos esperando que esta obra possa contribuir para empolgar governantes, gestores e profissionais das políticas públicas sociais, do SUS, do SUAS, da Educação e da Sociedade civil para esta desafiante e urgente tarefa de investirmos na primeira infância.

Como disse o diretor-executivo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 2011:

"Negligenciar as crianças pequenas em situação de maior vulnerabilidade, mais do que um ultraje, é um enorme erro estratégico. Focar em alcançar estas crianças é não apenas a coisa certa a ser feita, mas um investimento de grande custo-efetividade, que países podem e devem fazer para seu crescimento no longo prazo".

boa leitura

parte I _ justificativa

Por que investir na promoção do desenvolvimento na primeira infância (DPI)?

Que ações têm evidências de impacto?

O desenvolvimento pleno da criança é garantido como um de seus direitos fundamentais pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pelas Nações Unidas em 1989 e ratificada pelo Brasil em 1990, bem como pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de1990. Desde então, o ECA sofreu duas importantes alterações visando ampliar e tornar mais claros alguns direitos e que merecem destaque: a Lei 12.010, de 2009, para atender o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (MDS & SEDH, 2006), e a Lei 13.257, de 2016, denominada Marco Legal da Primeira Infância, que inovou de forma histórica o enfoque referente à Primeira Infância, com uma longa lista de iniciativas voltadas à promoção do desenvolvimento integral da criança, desde o apoio à mãe na gravidez até os 6 anos de idade (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2016);

Evidências das neurociências, da economia, da psicologia e outras ciências têm mostrado que a primeira infância, período da vida entre 0 a 6 anos (menores de 6 anos), é um período decisivo para o desenvolvimento pleno e saudável do ser humano, em todos seus aspectos: físico (motor), intelectual, emocional, social, etc., fundamental para o futuro do ser humano e com repercussões para o desenvolvimento das nações (GRANTHAM-MCGREGOR, 2007; SHONKOFF, 2012; PENELLO, 2013; GERTLER, 2014)

Entretanto, segundo séries de publicações da renomada revista científica The Lancet, sobre Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI), apesar da diminuição em 11% entre 2004 e 2010, ainda haveria no mundo cerca de 250 milhões de crianças menores de cinco anos em risco de desenvolvimento infantil precário, em países de baixa e média renda, somente devido à pobreza e ao retardo do crescimento, ou seja, 43% de todas as crianças menores de 5 anos (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011; ENGLE et al., 2011. LU et al., 2016, RICHTER, L. M. et al., 2016). Elas não atingem seu pleno desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais (em especial a pobreza), biológicos e psicossociais, como:

- **Desnutrição crônica;**
- **Deficiências de ferro e iodo;**
- **Estimulação cognitiva e socio-emocional inadequadas;**
- **Depressão materna;**
- **Baixa escolaridade materna;**

- **Família/comunidade em situação de violência;**
- **Contaminação ambiental (chumbo e arsênio);**
- **Doenças infecciosas (malária e HIV).**

Esses fatores de risco frequentemente ocorrem de forma concomitante, contribuindo para uma trajetória que inclui (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; WALKER et al., 2011; ENGLE et al., 2011. LU et al., 2016, RICHTER, L. M. et al., 2016):

- **Problemas de saúde;**
- **Falta de prontidão para a escola/desempenho escolar ruim;**
- **Perda de oportunidades profissionais;**
- **Perpetuação da pobreza entre as gerações.**

As evidências científicas agrupadas pelas publicações da revista The Lancet enfatizam como solução para evitar as consequências de prejuízos ao dpi, **o cuidado integral e integrado**, englobando os **cinco principais elementos para que a criança cresça e se desenvolva plenamente:**

- **Nutrição da grávida e da criança na primeira infância** (especialmente promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e depois acompanhado de alimentos saudáveis até os 2 anos);
- **Atenção à saúde da família** (com prioridade para a saúde materna e infantil);
- **Ambiente seguro e protetor** (no lar e na comunidade);
- **Cuidado responsivo pelos pais;**
- **Oportunidades de aprendizagem** (por meio de Educação Infantil de qualidade).

Para se garantir a oferta destes cinco elementos os estudos da Lancet e outros estudos de evidências, como da EVIPNET no Brasil (BRASIL, 2016), coincidem em apontar três grandes tipos de intervenção em políticas públicas, com maior evidência de impacto em prol do DPI:

- **Apoio e fortalecimento de habilidades parentais/familiares**

Principalmente através da estratégia de Programas de Visitas Domiciliares, para famílias vulneráveis/ de risco para problemas no DPI de suas crianças > TAREFA DO CAMPO INTERSETORIAL: SAUDE + ASSISTÊNCIA SOCIAL + EDUCAÇÃO

- **Cuidado integral e integrado à família,**

em seus vários ciclos de vida, em especial PELA ÁREA DA SAÚDE (ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE principalmente), articulada com a ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Serviços articulados da mãe e bebê, Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora e de Acolhimento Institucional, enfrentamento à pobreza através de Programa de Transferência de Renda)

- **Ampliação do acesso à educação infantil de qualidade**

Creche e Pré-Escola de qualidade. TAREFA DA ÁREA DA EDUCAÇÃO idealmente em parceria com a SAÚDE, principalmente via Programa Saúde na Escola - PSE.

Intervenções na área da saúde (atenção à dupla mãe e bebê na maternidade e na atenção básica) que melhoram o desenvolvimento na primeira infância:

- **Suplementação com Ácido Fólico antes e durante gestação;**
- **Para mulher em risco de parto prematuro: uso de Sulfato de Magnésio (para interromper trabalho de parto) e de Corticoide (para amadurecimento fetal);**
- **Para mulher com risco de Pré-eclâmpsia uso de medicação antiplaquetária;**
- **Clampeamento tardio do cordão umbilical (contribui para prevenção de anemia no bebe) (BRASIL, 2011e)**
- **Hipotermia para RN com encefalopatia hipóxico-isquêmica;**
- **Método Canguru para RN prematuro (em relação ao qual o Brasil, já desde o ano 2000, tem uma Política Nacional em desenvolvimento, sendo uma das referências mundiais na utilização do método, com muitos trabalhos científicos publicados, mostrando suas vantagens, como a associação a maior duração do aleitamento materno, etc.) (VENANCIO, 2004; LAMY FILHO, 2008);**
- **Promoção, proteção e apoio ao ALEITAMENTO MATERNO e alimentação complementar saudável (ROLLINS, 2016);**
- **Prevenção de Anemia Ferropriva e Hipovitaminose A com suplementação com Ferro e Vitamina A; (O país possui Políticas Nacionais de Suplementação, tanto de Ferro, quanto de Vitamina A) (BRASIL, 2013m; BRASIL, 2013n)**
- **Tratamento de parasitoses intestinais;**
- **Tratamento da Desnutrição Aguda moderada e severa;**
- **Tratamento de pais com agravos psíquicos comuns;**
- **Apoio para pais pararem de fumar;**
- **Eliminação de substâncias toxicas no ambiente (chumbo, mercúrio e agrotóxicos);**

Exemplos de políticas públicas de suporte com evidências de que melhoram o desenvolvimento na primeira infância (Lancet, 2016):

- Licença-doença remunerada e Licença maternidade e paternidade remuneradas
- Intervalos para amamentar no trabalho (e Sala de Apoio a Amamentação)
- Estratégias para enfrentamento à pobreza, como Programa de Transferência de Renda, etc. (Pesquisas sobre impacto do Programa Bolsa Família, do Brasil, sobre a diminuição da mortalidade infantil no país, reforçam estas evidências da Lancet) (RASELLA, 2013)
- Educação infantil gratuita
- Atenção à Saúde Universal

parte II _

políticas públicas de promoção do desenvolvimento na primeira infância

O que o Brasil e o mundo têm feito no campo de políticas públicas de promoção do DPI e da estratégia de programa de visitas domiciliares?

Desde a primeira publicação da The Lancet, em 2007, tem havido pelo mundo ampliação do apoio à promoção do DPI, com:

- **Aumento de 7 vezes no número de publicações científicas relacionadas ao tema;**
- **Maior financiamento de ações neste campo, por organismos como Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento;**
- **Evolução de 7 para 68 no número de países que adotaram políticas multissetoriais para promoção do DPI.**

O reconhecimento global da importância desta causa, pode ser evidenciado pela sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente no ODS 4.2: Garantir que todas as meninas e meninos tenham um desenvolvimento infantil de qualidade, cuidados e acesso à educação pré-escolar até 2030 (RICHTER, L. M. et al., 2016).

Com objetivo de apoiar famílias em situações de vulnerabilidade para o DPI de suas crianças, desde os anos 70, começaram a ocorrer várias experiências internacionais de ações proativas visando fortalecer as competências familiares e comunitárias, para a promoção de ambientes que favoreçam este desenvolvimento integral nos primeiros anos.

Várias destas experiências se estruturaram como programas de Visitas Domiciliares para famílias com vulnerabilidade/risco biopsicossocial, visando o Apoio às mulheres durante a gravidez e também à mãe/pai/família para um bom vínculo com o bebê, e melhora das habilidades de cuidado e estímulo ao DPI:

> Programa pioneiro na Jamaica, selecionando e capacitando Agentes de Saúde da comunidade para atuarem como visitadores (Gertler et al, 2014; Walker et al, 2011). Avaliação de impacto mostrou que as crianças contempladas apresentavam-se, 20 anos depois do programa, com os seguintes resultados:

- maior Quociente de Inteligência;
- mais anos completados na escola;
- melhores notas em matemática e português;
- menores índices de depressão e de conflito com a lei;
- melhor inserção no mercado de trabalho, com salários mais altos.

> Programa "Nurse-Family Partnership" (NFP) nos Estados Unidos, que utiliza enfermeiros como visitadores (BERNARD van LEER FOUNDATION, 2015), com os seguintes resultados:

- Melhor saude pré-natal das mulheres

- Maior intervalo entre partos
- Maior envolvimento dos pais
- Melhoria da prontidão escolar
- Diminuição de crimes e atos violentos

Baseados nestas evidências científicas e na avaliação do impacto destes projetos pioneiros, países têm lançado programas nacionais intersetoriais voltados para o Desenvolvimento na Primeira Infância-DPI (menores de 6 anos), ou pelo menos para os "primeiros 1000 dias de vida da criança" (gestação mais os primeiros dois anos), considerando a importância deste período sensível para o desenvolvimento de cidadãos plenos, com repercussões futuras para o próprio desenvolvimento nacional. Assim, programas nasceram nas últimas décadas com este objetivo e vem mostrando importantes resultados na promoção do DPI em seus territórios e inspirando outros programas:

- "Educa a tu hijo" (Cuba);
- "Chile crece contigo" (Chile);
- "De cero a siempre" (Colômbia);
- Na esfera nacional, o Programa "Primeira Infância Melhor" (PIM), do Estado do Rio Grande do Sul-RS (SCHNEIDER, 2007; RIO GRANDE DO SUL, 2016)

Em 2012, o Brasil se junta a estes países, com o lançamento do programa intersetorial federal para a primeira infância, Brasil Carinhoso (Decreto nº 7.758, de 15 de junho de 2012), com ações pelos Ministérios do Desenvolvimento Social, da Educação e da Saúde voltados para a Primeira Infância, especialmente para as crianças de famílias em situação de extrema pobreza, público alvo do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012j).

Como complementação do Brasil Carinhoso, a partir de 2013, o MS passou a estimular municípios e estados a implementarem Políticas Públicas de Promoção do DPI, com utilização da estratégia de Programa de Visita Domiciliar. A inspiração metodológica do MS foi o PIM e o Nurse-Family Partnership, porém, considerando a existência no Brasil de um verdadeiro exército de 260.000 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já capilarizados pelos lares de todo o país e tendo entre suas atribuições o cuidado materno e infantil, propõe a qualificação destes profissionais para o papel de Visitadores, sob supervisão de sua Equipe de Saúde da Família (ESF), em especial do enfermeiro e, eventualmente, de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Familia - NASF. Através de parcerias, com apoio técnico e financeiro do MS, são lançados os seguintes programas-piloto:

> Programa "Cresça com seu filho", pelo município de Fortaleza (CE), com interveniência técnica e operacional da Universidade Federal do Ceará e monitoramento de seu impacto pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID);

> Programa "São Paulo Carinhosa", por São Paulo (SP).

Por meio destes programas, estas cidades passaram a capacitar seus ACS para realizarem, com suporte de suas respectivas ESF, suas visitas domiciliares periódicas com mais qualidade e intensividade para famílias com maior vulnerabilidade, que possuam grávidas ou crianças pequenas (menores de 4 anos) em sua composição, para o fomento do vínculo mãe/pai/família-bebê e o empoderamento dos mesmos para o cuidado e o estimulo do desenvolvimento dos filhos (FORTALEZA, 2015; HADDAD, A. E., 2016).

Em outubro de 2012, o MS havia lançado a Portaria nº 2387, criando uma “Agenda de Intensificação de Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil-ANDI”, em municípios de todo o país com altos índices de Desnutrição Infantil. Porém, no seu período de desenvolvimento, entre 2013 e 2014, em 30 municípios contemplados dos Estados do Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima e em São Paulo, o MS ampliou o foco deste projeto, dando ênfase não apenas ao enfrentamento à Desnutrição, mas também à Promoção do DPI (Projeto ANDI-DPI). Assim, além do repasse do estímulo financeiro previsto pela Portaria, também ofertou Apoio Institucional aos Municípios, para implementação da ANDI-DPI, contando com apoio técnico e financeiro para tal por parte da Fundação Bernard van Leer, materializado através de parceria com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS), o Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS) e mais recentemente a United Way Brasil (para conhecer mais sobre a ANDI e o Projeto ANDI-DPI, consulte o ANEXO 2). Este projeto viria a ter forte influência na criação, entre 2015 e 2016, das seguintes Políticas Públicas de Promoção do DPI, na região Norte do país:

- **Programa Primeira Infância Acreana, pelo estado do Acre;**
- **Programa Primeira Infância Amazonense, pelo estado do Amazonas;**
- **Programa Primeira Infância Manauara, pelo município de Manaus (Amazonas).**

Em 2015, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), composta de 7 eixos prioritários de ação, tendo como um destes seus focos a Vigilância e Promoção de um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância. A PNAISC parte da premissa de que, no atual estágio de desenvolvimento do Brasil, não é aceitável se pensar apenas em sobrevivência e crescimento adequado das crianças, mas sim na garantia de um pleno Desenvolvimento, em especial na Primeira Infância (BRASIL, 2015).

A implementação da PNAISC pelos estados e municípios pode ter grande potência para a promoção do DPI, não apenas por seu eixo especifico voltado ao tema, mas também por sua ênfase na integralidade da atenção, justamente um dos 3 tipos de intervenções em políticas públicas com evidências de impacto, que é a oferta de um cuidado integral e integrado à família, em seus vários ciclos de vida, em especial pela Área da Saúde (Atenção Básica à Saúde, como base), com forte articulação intersetorial, em especial com as Áreas de Assistência Social e Educação

Mais recentemente, em 2016, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário lança um novo programa federal, denominado de “Programa Criança Feliz”, com proposta de Visitas Domiciliares focando em gestantes e crianças de até três anos, beneficiárias do Bolsa Família, e nas de até seis anos e suas famílias, beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada- BPC (BRASIL, 2016).

parte II _

políticas públicas de promoção do desenvolvimento na primeira infância

Quais ações estratégicas de governo devem compor uma política pública de promoção do DPI?

› Incluir a prioridade da primeira infância, de forma explícita, como política de governo. O tema deve ser lembrado e fazer parte de todas as políticas setoriais e do trabalho de todas as secretarias;

› Criar dispositivos de planejamento e gestão colegiada entre as secretarias responsáveis pelas políticas públicas sociais, que responderão pelo programa:

- Comitê/Grupo Gestor Intersetorial Municipal/Estadual para o programa, no nível central da administração, integrando as equipes gestoras dessas secretarias, nas esferas de gestão estadual e municipal;
- "Comitê Intersetorial Local" para o programa, nos territórios, com reuniões periódicas, integrando profissionais da Unidade Básica de Saúde, do CRAS (e outros Serviços e programas do SUAS) e dos Serviços da Educação Infantil, e também de outros equipamentos públicos e entidades da sociedade civil deste território, que trabalham com as mesmas famílias. A criação deste Comitê visa permitir um cuidado integrado, contínuo e potente para mães/cuidadores e crianças, desde a gravidez da mulher (com o pré-natal pela Saúde, associado ao suporte pela Assistência Social às grávidas), até que a criança atinja pelo menos 4 a 6 anos (com articulação dos profissionais dos serviços de saúde, assistência social e educação que atendem a esta criança e sua família). Em resumo, a família, com sua grávida, sua criança, é única e, portanto, o que é necessário é que as ações e serviços, para eles voltados, sejam integrados, de forma que a família possa enxergar esta articulação e dela se beneficiar.

› Desenvolver ações de mobilização social e comunicação social junto a Organizações da Sociedade Civil (Pastoral da Criança, Movimentos de mulheres, etc.), Ministério Público, Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, etc., para sensibilização de todos para a prioridade da promoção do DPI, tais como realização de atividades comemorativas da "Semana do Bebê" (vide ANEXO 1), "Semana do Brincar (vide mais em: https://semanamundialdobrincar.wordpress.com/o-que-e/), Semana Mundial do Aleitamento Materno-SMAM (conheça mais em: http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377) e elaboração de "Plano Municipal para Primeira Infância", etc.;

› Redirecionar especialmente as políticas públicas sociais, de saúde, educação e assistência social, suas ações e serviços, para priorização das famílias de maior vulnerabilidade, com mulheres grávidas e crianças com idades de 0 a 6 anos (especialmente as menores de 4 anos);

› Desenvolver programas baseados em evidências cientificas de impacto, como Programa de Visitas Domiciliares para famílias vulneráveis, visando o fomento do vínculo mãe/pai/família-bebê, bem como o empoderamento destes para o cuidado e estímulo ao pleno DPI de sua criança.

› Investir na qualidade dos serviços de Saúde (em especial a Atenção Básica à Saúde de forma integrada com a Maternidade), Educação infantil (creche e pré-escola) e Assistência Social nos territórios, principalmente aqueles localizados em áreas de população mais vulnerável; (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015)

› Investir especialmente na educação permanente dos profissionais da gestão e da atenção destes serviços de saúde, educação e assistência social, preferencialmente através de metodologia de capacitação na qual todos participem de maneira conjunta, de forma a, desde cedo, iniciarem processo de integração e de treinamento para formulação de projetos de intervenção conjuntos, para as famílias em comum, que se encontram em situação de maior risco/vulnerabilidade;

› Envolver Universidades e Instituições de ensino e pesquisa, em geral, nos processos de capacitação de profissionais, bem como em pesquisas de avaliação de impacto dos programas existentes e aqueles a serem desenvolvidos, inclusive como forma de garantir mais sustentabilidade dos programas no tempo, evitando soluções de continuidade em momentos de mudanças de gestão na Prefeitura ou Governo Estadual;

› Mapear as famílias de maior risco/vulnerabilidade, utilizando informações de cadastros sociais, como o Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal (CadÚnico) especialmente, mas também indicadores sociais e de saúde (vide Capítulo 5), levantados pelas equipes de Assistência Social (CRAS e outros Serviços e programas do SUAS no território) etc. e de Atenção Básica à Saúde, aí incluindo de forma importante seus ACS;

› Desenvolver sistema de informação para monitoramento e avaliação do trabalho de acompanhamento de famílias, mulheres e crianças.

parte II _

políticas públicas de promoção do desenvolvimento na primeira infância

Como se dá a governança de uma política pública de promoção do DPI?

Qual é o papel da intersetorialidade na gestão e atenção?

As políticas públicas de Saúde, através do SUS, da Assistência Social, com o SUAS e da Educação possuem, em seu bojo, ações muito bem definidas e estruturadas para a criança, sendo que as duas primeiras também o fazem em relação à família como um todo e à mulher grávida e depois mãe.

Mas o planejamento e o desenvolvimento das ações destas políticas, em geral, ocorre de forma setorial, cada uma “na sua caixinha”. Isso faz com que as mesmas apenas “coexistam”, lado a lado, na gestão e nas ações, seja na esfera federal, estadual ou municipal, de forma desarticulada, com pouca ou nenhuma integração e, portanto, menos potentes, para o enfrentamento dos complexos problemas que afetam famílias em situações de risco/vulnerabilidade para um pleno DPI de suas crianças.

Uma das principais características de programas de promoção de DPI é, mais do que criar novos serviços ou estruturas, promover a integração entre as políticas públicas sociais, suas ações e serviços voltados para a promoção do DPI. Isso em geral se materializa através de estruturação de dispositivos de planejamento e gestão colegiada, tais como:

› Comitê/Grupo Gestor Intersetorial Municipal/Estadual ou equivalente, para o planejamento e gestão cotidiana do programa, no nível central da Administração, envolvendo os Secretários Municipais (ou Estaduais no caso do Programa ser na esfera do Estado) e suas equipes gestoras, minimamente da Saúde, Assistência Social e Educação. Em alguns municípios, várias outras Secretarias, como Cultura, Esportes, Direitos Humanos e outras também participam, com muitos benefícios. Esta proposta está alinhada com o previsto no Art. 10 do Marco Legal da Primeira Infância- LEI Nº 13.257, de 8 de março de 2016. (BRASIL, 2016);

› Comitê Intersetorial Local para atuação nos territórios, com reuniões periódicas, integrando profissionais da Unidade Básica de Saúde, do CRAS (e outros Serviços e programas do SUAS no território) e dos serviços da educação infantil, e também de outros equipamentos públicos e entidades da sociedade civil deste território (espaços públicos das Áreas de Esportes, Cultura, etc.), que trabalham com as mesmas famílias. O objetivo é permitir um cuidado integrado, contínuo e potente para mães e crianças, desde a gravidez da mulher (com o Pré-Natal pela Saúde, associado ao suporte pela Assistência Social às grávidas), até que a criança atinja pelo menos 4 a 6 anos, com articulação dos profissionais dos serviços de saúde, assistência social e educação que atendem a esta criança e sua família. Este espaço de articulação sistematizada, viabiliza a elaboração e implementação de projetos de intervenção conjuntos, voltados principalmente para aquelas famílias, do território em comum, em situação de maior risco/vulnerabilidade biopsicossocial, como famílias do bolsa família, com crianças prematuras ou de baixo peso, com deficiências ou doenças crônicas, e ainda aquelas famílias em situações de violência ou em uso abusivo de álcool e outras drogas, etc. Esta articulação traz muitos benefícios, não apenas à grávida e a criança pequena, mas a toda a família, em todos os ciclos de vida.

Em resumo, a família, com sua grávida, sua criança, é única e, portanto, o que é necessário é que as ações e serviços, para eles voltados, sejam integrados, de forma que a família possa enxergar esta articulação e dela se beneficiar..

Além da proposta de gestão colegiada, outra característica, que tem se mostrado importante na governança dos programas exitosos, é a definição clara do setor responsável pela Coordenação da mesma. Esta pode ser desempenhada:

- **Por uma das Secretarias das políticas sociais, como, por exemplo, como ocorre com a Secretaria Estadual da Saúde no PIM;**
- **Por alguma estrutura externa a estas Secretarias, como acontece no “Chile crece contigo”, coordenado pelo Ministério do Planejamento e suas estruturas políticas nas esferas estaduais/provinciais e municipais/comunais, ou mesmo estruturas ligadas ao Chefe do Executivo, como Gabinete do Governador/Vice-Governador, Gabinete do Prefeito/Vice, Secretaria de Governo (ou mesmo Gabinete da Primeira-Dama, como temos visto).**

Esta governança por uma estrutura que, hierarquicamente, estaria soberana em relação às Secretarias das Políticas Sociais, tem mostrado vantagens, do ponto de vista de demonstração inequívoca da prioridade política do governo para a causa do Desenvolvimento na Primeira Infância, garantindo maior prestígio para o Programa e assim fomentando uma maior priorização de suas ações por estas Secretarias, bem como facilitando seu monitoramento e avaliação, muitas vezes difícil de ocorrer entre pares hierarquicamente equivalentes.

Entretanto, fique claro, não há receitas de estruturas mágicas, sendo o melhor arranjo de governança aquele que mais se adequa à realidade daquele município/estado.

parte II _

políticas públicas de promoção do desenvolvimento na primeira infância

Qual deve ser o público-alvo de uma política pública de promoção do DPI?

O público prioritário de programas de promoção do DPI é o conjunto de famílias com grávidas ou crianças na primeira infância* expostas a situações em que há maior risco biopsicossocial de suas crianças apresentarem evolução desfavorável, em qualquer aspecto do seu desenvolvimento.

A condição ou situação de risco pode estar presente na gravidez, no nascimento (RN de risco ao nascer) ou acontecer ao longo da vida da criança e deve ser prontamente reconhecida pela equipe de saúde, pois demanda atenção especial e prioritária não apenas da saúde, mas das políticas públicas sociais de forma integrada. Entre elas é maior a possibilidade de internações e de morte, e também a chance de desenvolver sobrepeso e obesidade, doenças crônico-degenerativas na vida adulta, tais como hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, problemas comportamentais e agravos psíquicos, bem como menor rendimento escolar

Principais condições de risco ou vulnerabilidade que devem tornar famílias com grávidas ou crianças na primeira infância prioritárias para um acompanhamento mais cuidadoso e intensivo por parte dos profissionais da Atenção Básica, equipe de Saúde da Família, Assistência Social e Educação:

---

* Embora o conceito de primeira infância diga respeito a crianças com menos de 6 anos completos, por motivos operacionais, políticas públicas podem precisar priorizar segmentos mais precoces como:

- Menores de 4 anos completos: período que vem sendo chamado, ainda que informalmente, de primeiríssima infância, após a Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal ter iniciado o desenvolvimento de programa com esse nome e recorte etário, em parceria com municípios do estado de São Paulo (mais informações www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/programa-primeirissima-infancia/Paginas/default.aspx);
- Menores de 2 anos completos: período que, somado ao da gravidez, constitui o que tem sido denominado de primeiros 1.000 diase servido de foco para campanhas do UNICEF, da Pastoral da Criança etc. (mais informações em www.unicef.org/brazil/pt/media_35309.html e www.pastoraldacrianca.org.br/1000-dias/campanha).

Contemplar no mínimo as crianças menores de 4 anos deve ser almejado, considerando que grande parte delas não está sendo protegida e estimulada pela frequência à creche. É baixa a cobertura de creche no país e há dificuldade de cumprimento da Meta 1 do Plano Nacional de Educação (PNE): garantir 50% de cobertura até 2024 (BRASIL, 2018).

As crianças maiores de 4 anos, se comparadas às mais novas, apresentam menor vulnerabilidade. Além do momento de desenvolvimento em que se encontram, elas tendem a ter o fator de proteção proporcionado pela frequência à pré-escola, considerando que a cobertura dessa etapa da Educação no país é alta, atingindo mais de 80% das crianças.

a) Situação familiar de risco ou vulnerabilidade:

- De extrema pobreza (foco do Programa Bolsa Família);
- De violência familiar, seja contra a grávida ou mãe, a criança ou outro membro do núcleo familiar;
- De abuso ou dependência do álcool e/ou outras drogas na família, por parte da grávida ou mãe, do pai ou outro membro do núcleo familiar;
- De histórico de morte de criança menor de 5 anos na família.

b) Com criança apresentando uma das seguintes condições de risco ou vulnerabilidade ao nascer ou adquiridas posteriormente:

- RN pré-termo (<37 semanas) e/ou com baixo peso ao nascer (<2.500g). Alto risco se idade gestacional < 32 semanas e/ou peso < 1500g;
- RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento, como no caso da Síndrome Congênita do Zika Vírus (BRASIL, 2016c);
- RN egresso de internação em unidade neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais-UCIN Convencional ou Canguru), com condições que caracterizam alto risco ao nascimento: asfixia ao nascer (Apgar < 7 no 5º minuto de vida), e outras, já citadas;
- RN/Criança com doença crônica, com múltiplas internações;
- Criança com desnutrição;
- RN/Criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento;

c) Com grávida ou mãe com alguma das seguintes situações de risco ou vulnerabilidade:

- Gravidez indesejada e/ou tentativa de abortamento;
- Primeira gravidez;
- Mãe adolescente;
- Baixa instrução (< 8 anos de estudo);
- Quadro de depressão ou outra doença psiquiátrica;
- Ausência de rede de apoio familiar ou social;
- Situação de rua e/ou de abuso ou dependência de substância psicoativa*.

---

* Nesse caso, de grávidas e/ou puérperas em situação de rua e/ou de abuso ou dependência de substância psicoativa, em respeito ao determinado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é necessário enfrentar situações que têm sido observadas no país, de separação de RN de suas mães, de forma praticamente automática, às vezes já na maternidade, sem esgotamento das possibilidades de construção de rede de apoio para este binômio mãe-bebê, pelas políticas públicas sociais (SUS, SUAS e outras), garantindo a segurança da criança, seja pela presença da família extensa, seja por serviços públicos de acolhimento a ambos. Ver, no ANEXO 5, relato de experiência exitosa do município de Campinas.

parte II _

políticas públicas de promoção do desenvolvimento na primeira infância

Elaboração de plano estadual/municipal pela primeira infância como estratégia para definição de conteúdo para política pública para o tema.

“Trata-se de um documento político e técnico que visa a orientar durante os próximos doze anos a ação do governo e da sociedade civil na defesa, promoção e realização dos direitos da criança de até seis anos de idade. Seu marco final - 2022 - é o ano do bicentenário da Independência, data que merece um panorama de vida e desenvolvimento mais justo para todas as crianças. Viver a primeira infância com plenitude é um direito de toda criança cujo cumprimento depende da decisão, do compromisso político e ético e do persistente empenho do Governo e da sociedade.”

PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA, pág. 12

Desde 2010, o Brasil conta com um PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA (PNPI), um plano de Estado, intersetorial, para um período de 12 anos (2010 a 2022), com diretrizes, objetivos e metas para o país efetivar os direitos das crianças na primeira infância (até os seis anos de idade), proclamados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA (Vide a versão resumida do Plano em: http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf).

Formulado pela Rede Nacional Primeira Infância (RNPI), envolvendo quase uma centena de Organizações da Sociedade Civil, num processo de ampla participação social e política, à luz da diretriz constitucional, de “participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”.

Foi então aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente- CONANDA, de forma unânime, no dia 14 de dezembro de 2010. O documento define princípios, diretrizes e metas para o governo e a sociedade civil na defesa, promoção e realização dos direitos das crianças de até seis anos de idade.

Apresenta treze EIXOS TEMÁTICOS, que denomina de “AÇÕES FINALÍSTICAS”, para os quais define diretrizes, objetivos e metas:

1. **Crianças com Saúde;**
2. **Educação Infantil;**
3. **A Família e a Comunidade da Criança;**
4. **Assistência Social a Crianças e suas Famílias;**

5. **Atenção à Criança em Situação de Vulnerabilidade: Acolhimento institucional, Família acolhedora, Adoção;**
6. **Do Direito de Brincar ao Brincar de todas as Crianças;**
7. **A Criança e o Espaço – a Cidade e o Meio Ambiente;**
8. **Atendendo à Diversidade: Crianças Negras, Quilombolas e Indígenas;**
9. **Enfrentando as Violências contra as Crianças;**
10. **Assegurando o Documento de Cidadania a todas as Crianças;**
11. **Protegendo as Crianças da Pressão Consumista;**
12. **Controlando a Exposição Precoce das Crianças aos Meios de Comunicação;**
13. **Evitando Acidentes na Primeira Infância;**

Também apresenta as seguintes “AÇÕES MEIO”, medidas estratégicas para a efetivação do Plano Nacional pela Primeira Infância:

1. **Formação dos Profissionais para a Primeira Infância**
2. **O Papel dos Meios de Comunicação**
3. **A Atuação do Poder Legislativo**
4. **A Pesquisa sobre a Primeira Infância**
5. **Planos Estaduais e Municipais pela Primeira Infância**

› Por que elaborar um plano estadual ou municipal pela primeira infância?

Segundo o PNPI: “O quadro jurídico e institucional da República determina que o PNPI tenha a característica de plano programático, ou seja, requer seu desdobramento em planos estaduais e municipais, nos quais as questões nacionais aqui abordadas, as diretrizes de ação propostas e os objetivos e metas estabelecidos sejam particularizados e apropriados por cada um dos entes federados, segundo suas competências e as características regionais e locais.”

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13257 de 2016), também induz os Municípios a elaborarem o Plano Municipal pela Primeira Infância (PMPI), pois com seu Artigo 35, o Artigo 260 do ECA passou a ter a seguinte redação: § 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. Portanto, o PMPI passa a ser necessário para legitimar o repasse de recursos do Fundo Municipal pelos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA), pelo Conselho Municipal dos Direitos de Criança (CMDCA), para entidades que desenvolvam projetos com grávidas ou crianças na primeira infância.

› O que é e como se elabora um plano estadual ou municipal pela primeira infância?

Um PLANO ESTADUAL OU MUNICIPAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA nada mais é do que a versão estadual ou municipal do Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI), devendo tê-lo como referência central, mas logicamente adaptando as diretrizes, os objetivos e metas ali estabelecidos para as especificidades da realidade do ente federado em questão, estado ou município propriamente dito.

A principal vantagem para a elaboração de um PMPI pode trazer para uma gestão interessada em criar uma Política Pública para Promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância, como aquelas discutidas nos capítulos anteriores, é a mobilização social que um processo participativo de elaboração do Plano provoca no município, promovendo o conhecimento da causa entre gestores e trabalhadores das políticas públicas sociais, entidades e cidadãos da sociedade civil, conquistando-os como defensores do cumprimento das metas estabelecidas pelo mesmo.

Tratando-se de instrumento técnico, mas também político, para propiciar a mobilização acima, o Plano Nacional define que a elaboração do PMPI deve ocorrer através de um processo democrático e participativo, com envolvimento das diferentes Secretarias e órgãos públicos da administração municipal, Conselhos Tutelares, Conselho Municipal dos Direitos de Criança (CMDCA), Organizações da Sociedade Civil, Universidades, etc.

Em geral, os municípios têm utilizado como estratégia para elaboração do PMPI, a criação, pelo Prefeito Municipal, de um Comitê Municipal Intersetorial, com a responsabilidade de coordenar a elaboração do Plano. Através de Decreto ou Portaria do Prefeito, além da explicitação da composição do Comitê, com todas aquelas representações acima citadas, há definição do método de trabalho a ser utilizado, responsabilidades dos participantes (quem coordena, etc.), prazo para finalização do trabalho, e outros detalhes importantes*. A seguir, por meio de Portaria, o Prefeito publicará os nomes dos representantes de suas várias Secretarias, cabendo à Coordenação do Comitê convidar as demais instituições e entidades a indicarem seus representantes.

Apesar da amplitude de sua composição, visando que o Plano seja de fato participativo, o Comitê deve criar estratégias para buscar o envolvimento de serviços e de profissionais responsáveis por grávidas e/ou crianças menores de 6 anos, para que possam – a partir da realidade de cada política pública social no território – contribuir com propostas (dentro da política que representa ou mesmo propostas intersetoriais) para a promoção de um pleno desenvolvimento na primeira infância. Exemplos de possíveis estratégias:

** Para conhecer modelo de decreto nunicipal e outras informações e dicas para elaboração de PMPI, acesse: http://primeirainfancia.org.br/wpcontent/uploads/2017/03/Guia_Plano_Municipal_Primeira_Infancia_RNPI.pdf. Trata-se de excelente guia, publicado pela Rede Nacional Primeira Infância, em 2017, para sensibilizar prefeitos e suas equipes gestoras para a importância da elaboração de um PMPI e orientá-los sobre como fazê-lo. Conheça também exemplos de PMPI das cidades do Rio de Janeiro, de Nova Iguaçu (RJ) e de Arapiraca (AL) em http://primeirainfancia.org.br/pmpi/.*

- Realização de Encontros Regionais Intersetoriais, principalmente no caso de tratar-se de um município de grande porte, para discussão de propostas para o Plano, com metodologia que agregue, para reflexão coletiva, representantes de serviços de Saúde (UBS), Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Assistência social (CRAS e outros serviços do SUAS) e outros, bem como de Organizações da Sociedade Civil, em grupos por microrregiões, de forma a juntar, para pensar nas questões da primeira infância e fazer propostas, profissionais que trabalham no mesmo território, atendendo às mesmas grávidas, crianças e famílias, fomentando que ao final do processo constituam Comitês Intersetoriais Locais (conforme proposto no Capítulos 3 e 4), para implementar na prática e de forma articulada as ações propostas no PMPI;
- Realização de Consulta Pública para divulgação e aprimoramentos do Plano, antes de sua aprovação final pelo Comitê;
- Realização de reuniões com segmentos específicos, como Universidades, Conselhos Profissionais, profissionais das próprias políticas públicas, entre outros;
- Criação de plano de Comunicação, essencial para a divulgação do processo de elaboração do Plano, com chamadas em rádios, páginas nas redes sociais, etc.;

A elaboração do Plano deve também contemplar momento de escuta das crianças – sujeitos de direito a quem se destina o PMPI, com metodologia adequada para tal, podendo este processo ocorrer, por exemplo, nas pré-escolas do município, através das próprias professoras das mesmas.

O PMPI deve contemplar importante momento de Diagnóstico da Situação da Infância no município envolvido, visando subsidiar a definição de diretrizes e metas, dentro dos 13 temas (“Ações Finalísticas”) priorizados no PNPI e ainda outros temas que, a realidade do município imponha como importante de ser destacado.

Após aprovação do Plano pelo Comitê, o município deve encaminha-lo para aprovação no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente-CMDCA, da mesma forma como ocorreu com o a Plano Nacional da Primeira Infância, que foi encaminhado pela RNPI para aprovação no Conselho Nacional dos Direitos da Criança-CONANDA. Importante salientar que, após a aprovação do PMPI, caberá ao CMDCA o fundamental papel de monitoramento do cumprimento das metas do Plano, com realização de consultas às Secretarias Municipais sobre o andamento das ações planejadas, organização de audiências públicas, etc.

Finalmente, após este processo, muitos municípios também encaminham o PMPI, como projeto de Lei, para o Legislativo, visando que o mesmo se converta em Lei Municipal.

parte III _

estratégia de programa de visitas domiciliares (VD) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância (DPI)

Quais são as principais diretrizes de funcionamento da estratégia de programa de VD, visando a promoção do DPI?

› Contar com as estruturas de gestão intersetorial citadas no Capítulo 4:

- "Comitê/Grupo Gestor Intersetorial Municipal/Estadual" ou equivalente, para o planejamento e gestão cotidiana do programa, no nível central da Administração, com participação minimamente da gestão municipal da saúde, educação e assistência social;
- "Comitê Intersetorial Local", com participação minimamente de representantes dos serviços de saúde, assistência social e educação do território, que trabalham com a mesma população

› Estar inserido na Saúde, mais especificamente na Atenção Básica à Saúde, pelo fato de ser a política pública social que, pela essência de seu trabalho:

- já tem contato e desenvolve cuidados com o público alvo do programa: grávidas no acompanhamento de Pré-Natal e crianças pequenas no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (Puericultura);
- conta com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com conhecimento sobre o território e sobre o conjunto das famílias da região de cobertura, por terem as mesmas cadastradas e visitadas pelo menos uma vez ao mês;

› Contar com forte articulação intersetorial dos profissionais da Unidade Básica de Saúde (ESF) com os profissionais dos equipamentos da Assistência (Proteção básica com CRAS e outros Serviços e programas do SUAS no território e Proteção especial com CREAS e outros serviços) e Educação (Creche, Pré-escola) e também outras, como Esporte e Cultura (praças de esporte, espaços culturais, etc.), bem como de Organizações da Sociedade Civil, com atividade na região;

› Qualificar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como Visitadores do programa de promoção do DPI (vide argumentos justificando esta opção pelo ACS como Visitador do programa, no Capítulo 7) de periodicidade variável, conforme a vulnerabilidade da família e criança (semanais para as mais graves), por pelo menos dois anos para estas de maior risco;

› Organizar processo de trabalho do ACS para garantir rotina que contemple, além das Visitas Domiciliares (VD):

- Reunião semanal de supervisão pela(o) Enfermeira(o) da sua Equipe, para avaliação das Visitas da semana anterior e planejamento das próximas;
- Momento coletivo com as famílias na comunidade (idealmente mensal), visando a socialização, troca de experiências, atividade de geração de renda, etc., sempre que possível de forma conjunta com o CRAS e outros Serviços e programas do SUAS do território, aproveitando atividades como o PAIF;
- Momento de Educação permanente (pelo menos mensal), com profissionais da própria ESF ou outros do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal;

› Prioridade de espaço na reunião semanal/quinzenal da sua Equipe de Saúde da Família, para discussão dos casos das grávidas/crianças mais complexas das VD;

› Capacitar como Supervisores dos ACS: enfermeiros das suas respectivas ESF, com apoio de profissionais de NASF, e outros serviços se necessário. ATENÇÃO: Especialistas consideram que num programa de VD em prol do DPI, tão importantes ou mais do que os Visitadores são seus Supervisores! Uma supervisão qualificada e motivada pode ser o fator de sucesso de um programa.

Portanto a oferta de formação e educação permanente também para o Enfermeiro supervisor é essencial. Considerando questões psicossociais complexas eventualmente apresentadas pelas Famílias para os ACS nas VD (Famílias em situação de violência ou dependência ao álcool/drogas, etc.) é também importante a disponibilidade de profissionais do campo da saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais assistentes sociais, etc.) frequentemente presentes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para apoio matricial aos Enfermeiros e ACS, ou mesmo à ESF como um todo, sempre que necessário, apoiando a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS). Lembrar que este tipo de Apoio por profissionais da saúde mental à ESF é algo necessário no seu cotidiano de trabalho e razão da existência dos NASF, não sendo algo que precise ser criado especificamente (muito menos exclusivamente) para a situação de implementação de Programa de VD para o DPI.

› Respeitar os seguintes Princípios metodológicos:

- Valorização da cultura e da experiência de vida das famílias e comunidades;
- Família como sujeito ativo e competente em seu processo de desenvolvimento, não meros recebedores passivos de informações/orientações;
- Uso de atividades lúdicas nas VD, como estratégia metodológica para mobilização e sensibilização das famílias para a importância do brincar com suas crianças (Vide ideias sobre kits de brinquedos, que o ACS pode usar em suas VD, no ANEXO 3;

Programa de VD para apoio a famílias visando a promoção do DPI X creche

É essencial salientar que mesmo o melhor dos programas de VD para apoio a famílias visando a promoção do DPI não substitui a frequência da criança à creche, cujo foco é a Educação Infantil. Já o objetivo principal das VD é o fortalecimento do vínculo e das habilidades parentais dos adultos em relação aos filhos e o empoderamento deles para um melhor cuidado e estímulo ao DPI. Por outro lado, creches não costumam desenvolver programas voltados para os pais ou cuidadores e quando o fazem não têm a facilidade de acesso aos pais que uma VD permite. São, portanto, políticas públicas complementares. Como já citado no Capítulo 1, há evidências científicas de que a frequência à creche (de qualidade!) também constitui importante fator protetor para o pleno desenvolvimento do ser humano, com impactos duradouros por toda a vida.

*Em alguns programas de VD é utilizada a palavra "currículo" para denominar o conteúdo das visitas. O termo não parece adequado e é fator de confusão conceitual. Ele reforça entendimento equivocado, mas comum, de enxergar as VD como aulinhas para a criança ou escolinha em casa. As visitas têm como foco os cuidadores – mãe, principalmente, pai e avós –, que se espera tenham o vínculo com a criança fortalecido e as habilidades parentais aprimoradas para educá-la com limites, mas de forma afetuosa e sem violência. Eles devem brincar com a criança, ler e cantar para ela, zelar para que sua casa ou ambiente em que vive sejam seguros, enfim, proteger e estimular o DPI.

parte III _

estratégia de programa de visitas domiciliares (VD) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância (DPI)

Quem deve ser o visitador e o supervisor?

Qual o financiamento disponível?

Como já citado no Capítulo 2, as experiências existentes pelo Brasil e pelo mundo de Programa de Visita Domiciliar (VD) voltado para a promoção do DPI são bastante diferentes entre si, em relação a quem exerce o papel de Visitador;

Variam do uso de paraprofissionais (pessoas voluntárias da comunidade que são treinadas), passando por profissionais de nível médio, até chegar a profissionais de nível universitário, com a consequente variação no orçamento necessário para financiamento do Programa:

› Programa da Jamaica:

mulheres foram recrutadas na comunidade como Agentes de Saúde voluntárias, para atuarem como visitadores;

› Programa Nurse-Family Partnership (EUA):

quem faz as visitas são Enfermeiras treinadas;

› Programa Primeira Infância Melhor:

os municípios, com os recursos repassados pelo governo estadual, contratam estudantes universitários em regime de estágio ou eventualmente contratam profissionais específicos para esta função (por criação de cargo pela Câmara Municipal ou outros mecanismos);

› Programas municipais apoiados pelo Ministério da Saúde nas cidades de Fortaleza (Ceará) e São Paulo (SP), e no estado do Acre:

Agentes Comunitários de Saúde, das Equipes de Saúde da Família são capacitados para VD com maior intensividade e qualidade, para grávidas e famílias com crianças pequenas, visando a promoção do DPI.

Tais opções são influenciadas pelos seguintes fatores:

- Perfil de formação necessário para os objetivos elencados para as VD;
- Custo do profissional para o programa;
- Sustentabilidade da manutenção do profissional;

A opção da Jamaica, obviamente é a de menor custo, não se tratando de profissionais e sim mulheres voluntárias da comunidade capacitadas para a tarefa. Pelos resultados alcançados têm custo-eficiência muito favorável;

A escolha de Enfermeira pelo programa americano é a de melhor perfil profissional e obviamente de maior custo, sendo, portanto, de sustentabilidade e replicabilidade prejudicadas.

A escolha de estudantes universitários estagiários garante um perfil de formação intermediário entre as opções anteriores, mas, pela própria transitoriedade do estudante e duração do estágio, fazem com que, no máximo a cada 1 a 2 anos, deixem a função e todo o processo de recrutamento e formação precise ser retomado, tornando-se algo de pequena sustentabilidade no tempo, inviável para uma política pública que se pretenda permanente.

O modelo proposto pelo Ministério da Saúde, que vem sendo desenvolvido e testado/monitorado em seu impacto nas cidades de Fortaleza e SP, se baseou na proposta de qualificar o trabalho de VD já desenvolvido pelos cerca de 260.000 Agentes Comunitários de Saúde, para as famílias brasileiras, de norte a sul do país. Esta decisão se embasou nas seguintes vantagens da opção pelo ACS como Visitador de programas municipais/estaduais de promoção do DPI:

a) Já são capilarizados pelos lares das famílias brasileiras, orgânicos às mesmas, contando com sua confiança, o que dá credibilidade a suas orientações, algo essencial para o sucesso de um programa de VD para promoção do DPI;

b) Já desenvolvem a desejada “abordagem integral da criança e da família”, em geral conhecendo as Cadernetas de Saúde da Criança e da Gestante, que, como já visto, são instrumentos fundamentais para a integralidade do cuidado à grávida e depois ao bebê por sua mãe/pai/família;

c) Possuem conhecimento não apenas sobre os lares, mas também sobre o território e a comunidade, a cultura local, tendo experiência de transitar entre os parceiros intersetoriais no território e de mobilizar recursos sociais para apoiar as famílias;

d) Segundo “Pesquisa de Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Revisão Sistemática” (GIUGLIANI, 2011), há evidências de impacto de seu trabalho em relação a:

- Amamentação total, exclusiva ou predominante e introdução tardia da mamadeira; frequência de pesagens das crianças (Nível de evidência alto);
- Cobertura vacinal; redução de iniquidades, ACS visitaram mais as crianças cujas mães tinham baixa escolaridade e que pertenciam às famílias mais pobres (Nível de evidência baixo);

e) Embora não tenha formação universitária, apenas ensino médio e, portanto, não possua o potencial de conhecimentos de uma enfermeira do Nurse-Family Partnership, o ACS é a ponta de lança de uma Equipe de Saúde da Família, tendo, portanto, a retaguarda de enfermeiro (a quem cabe formalmente sua supervisão, segundo a PNAB), técnicos de enfermagem, médico, profissionais de Saúde Bucal em algumas unidades, além de profissionais de NASF e, em última instancia, do suporte de toda a Rede de Atenção à Saúde, do SUS da região.

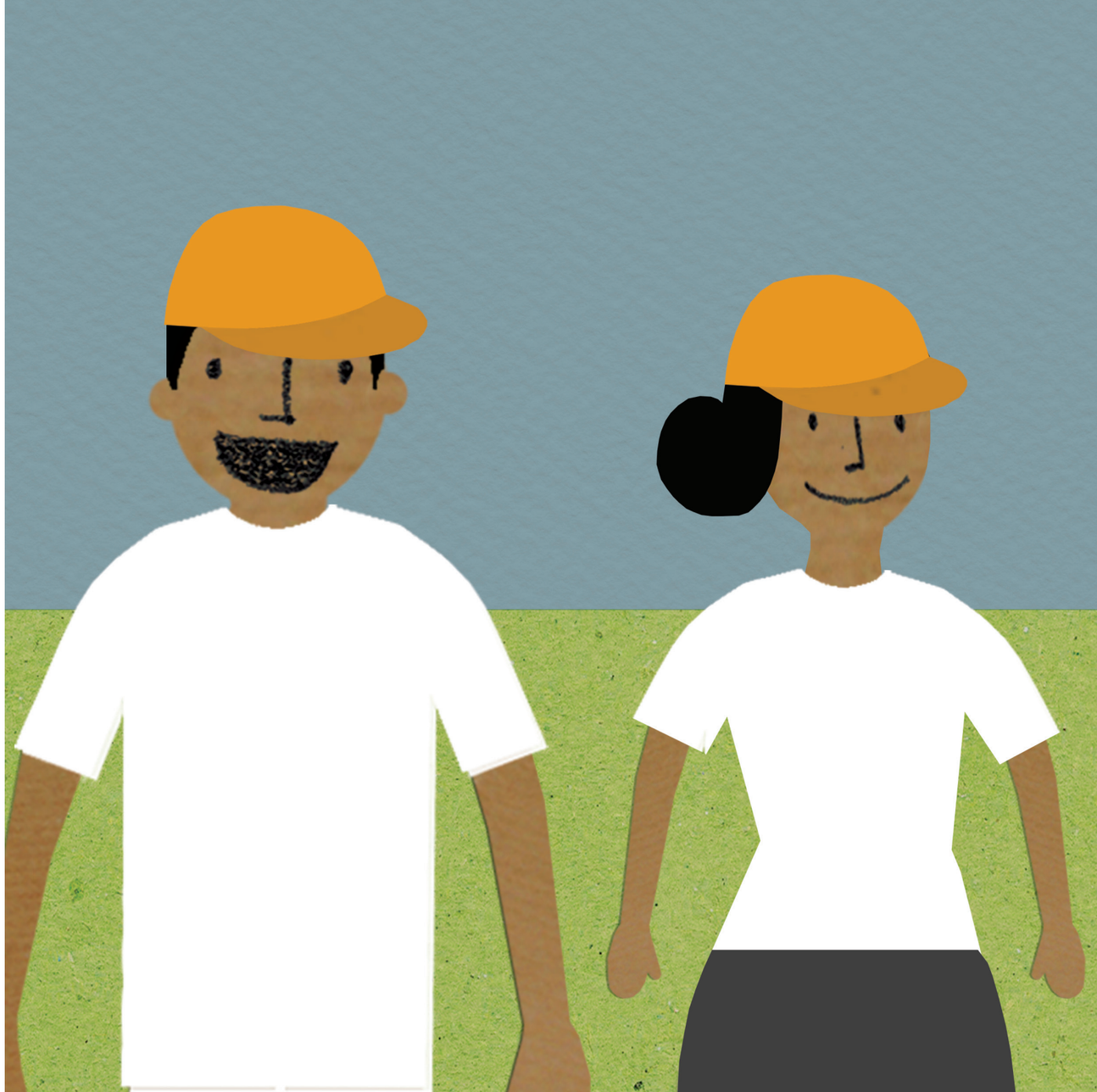
› Desafios da opção pelo ACS como Visitador:

- Formação apenas de nível médio e, frequentemente, também fragilidade na compreensão da importância do DPI, exigindo portanto uma formação inicial cuidadosa, seguida de educação permanente, ambas com foco na importância das questões do “vínculo” e do desenvolvimento integral;
- Multiplicidade de tarefas sob responsabilidade do ACS, disputando com a necessidade de dedicar mais tempo para as VD mais frequentes às famílias com grávidas e crianças pequenas;
- Necessidade de efetivamente acontecer o momento de supervisão semanal dos ACS pelo Enfermeiro, de forma que a evolução das VD de cada grávida e criança acompanhadas seja permanentemente avaliada de forma qualificada.

Em relação ao quantitativo de ACS que uma ESF pode possuir, conforme a PNAB, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (4.000 pessoas);

Do ponto de vista do financiamento do trabalho do Visitador, o ACS tem um piso salarial nacional, atualmente fixado no valor de R$ 1.014,00 (mil e quatorze reais), pela Lei Federal 12.994 de 17/06/2014, a ser pago pela Prefeitura Municipal respectiva, que tem a responsabilidade de contratar os ACS obrigatoriamente por processo seletivo público. Entretanto, conforme previsto pela Lei 12994 (que alterou a Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006) e o Decreto nº 8474, de 22/06/2015, que a regulamentou, o Ministério da Saúde repassa ao município praticamente o valor integral correspondente ao Piso salarial de cada ACS.

Considerando este aspecto econômico e ainda o fato do ACS, já ter sido contratado por processo seletivo público, mostrando-se, em geral, um profissional bastante estável, com baixa rotatividade, a opção pelo ACS como Visitador é claramente a mais econômica, segura e sustentável no tempo, para um município brasileiro que deseje implantar um Programa de VD em prol do DPI. Cabe ao Município entretanto, do ponto de vista do financiamento, as despesas com o processo de formação para a necessária qualificação do trabalho do ACS (processo de formação inicial seguida de educação permanente), visando compensar esta que é a única fragilidade da escolha técnico-política do ACS para este papel, que é sua formação de nível médio.



parte III _

estratégia de programa de visitas domiciliares (VD) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância (DPI)

Quais os objetivos e conteúdo de VD para grávidas num programa de VD para promoção do

Um bom Programa de VD para Promoção do DPI se inicia já pelo acompanhamento da mulher grávida em situação de vulnerabilidade. Como já falado anteriormente, programas como “Nurse-Family Partnership” (Estados Unidos), “Chile crece contigo” (Chile) e o PIM, no Brasil, têm esta experiência em comum.

No Brasil, já faz parte do trabalho da Equipe de Saúde da Família (ESF) e portanto, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), visitar de forma prioritária a mulher grávida e, depois do parto, também o binômio mãe-bebe. Esta priorização, garantindo visitas com maior frequência do que a habitual visita mensal às famílias, constitui um reconhecimento epidemiológico de que famílias com mulheres grávidas ou que possuem uma criança na primeira infância em casa (especialmente nos 2 primeiros anos) apresentam maior risco/vulnerabilidade em sua saúde e precisam de cuidado e apoio mais qualificado e intensivo.

Assim, num Programa de Promoção do DPI o objetivo nada mais é do que qualificar este trabalho da ESF, em particular do ACS e enfermeiro que o supervisiona, para:

- uma seleção adequada daquelas famílias, com grávidas ou com mães com crianças pequenas, que de fato estão em situação de maior vulnerabilidade. Esse processo de priorização deve ocorrer, se possível, na reunião semanal/quinzenal da ESF, com participação de toda a equipe e eventualmente de convidados de outros serviços no território, como a assistente social que atende a grávida no CRAS, ou a professora da creche que a criança frequenta. Isso porque é impossível (e desnecessário!) fazer um acompanhamento intensivo para toda e qualquer família que possua em sua composição uma grávida ou mulher com criança pequena em sua composição;
- um acompanhamento destas famílias priorizadas, com VD com maior frequência e mais qualificadas, pelo desenvolvimento de ações complementares àquelas já ofertadas dentro da Unidade Básica e que, segundo evidências cientificas, possam proteger e estimular o DPI de suas crianças.

A título de ilustração, as Equipes de Saúde da Família quando realizam sua “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (AMAQ), do PMAQ (Vide ANEXO 5), pelo Ministério da Saúde, analisam se cumprem as seguintes diretrizes de trabalho da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB (BRASIL, 2012f):

- “A equipe estima o número de gestantes do território, cadastra e faz o acompanhamento em domicílio, considerando todas, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde”.
- “As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes”.

Durante o período gestacional, o ser humano apresenta um dos momentos de maior crescimento de toda sua vida, sendo essencial apoiar a mulher grávida para que esta esteja bem, condição para que este crescimento intrauterino atinja seu pleno potencial.

O acompanhamento da mulher grávida em VD periódicas, sempre que possível com envolvimento de seu companheiro, com frequência semanal naquelas de maior vulnerabilidade, que concentram maior número de fatores de risco, tem os seguintes objetivos:

- Apoiar a mulher para a frequência e bom aproveitamento das consultas de seguimento de Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde, com realização dos exames solicitados e das demais orientações recebidas dos profissionais de saúde (uso de Vitaminas, Medicamentos e Vacinas prescritas, etc.).
- Informá-la e empoderá-la sobre seus direitos durante a gravidez, no momento do parto e depois do nascimento do bebê, tais como benefícios sociais (com apoio do CRAS quando necessário) e direitos legais como licença maternidade (e licença paternidade para o pai), direito a certidão de nascimento gratuita (e se possível já na Maternidade), etc.
- Ouvi-la e orientá-la (e ao companheiro, sempre que presente) sobre:
- Como está sua aceitação desta gestação, dúvidas, medos e ansiedades;
- Como está sua rede de apoio, a relação com o pai da criança (vivam juntos ou não), relacionamento com familiares, vizinhos, companheiros de igreja ou de outros espaços, visando mapear relações de apoio que podem ser estimuladas e fortalecidas;
- Como se dá a evolução normal de uma gravidez, hábitos necessários para uma gestação saudável, alimentação saudável, atividade física, sono, evitar o tabagismo e bebidas alcoólicas, etc.;
- Preparo para o parto, direito a contar com acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto e de saber onde dará a luz (visitando esta Maternidade, se possível), benefícios do parto normal, etc.;
- Primeiros cuidados do bebê e amamentação;

Neste processo de apoio e informação, observar a presença de dificuldade em aceitar a gravidez, problemas emocionais de maior gravidade (lembrar que alguma ansiedade e medo são normais em qualquer gestação!), situações de violência familiar ou uso/abuso de álcool ou outras drogas, que demandarão uma articulação, pelo ACS que faz as VD e o(a) Enfermeiro(a) supervisor(a), com os demais profissionais de sua ESF, para um suporte adequado a esta mulher e sua família, inclusive com apoio intersetorial (CRAS e CREAS em especial, mas também da Igreja, Organizações da Sociedade Civil -OSC do bairro, vizinhança, etc.) e de serviços especializados da saúde (CAPS, etc.);

Referências de apoio para o trabalho do Visitador (ACS) e Supervisor (Enfermeiro)

> Caderneta da Gestante: elaborada e distribuída pelo Ministério da Saúde, para todas as brasileiras grávidas, contém todas as informações necessárias para uma gestante e que foram listadas acima. Portanto, sua leitura pelas gestantes deve ser estimulada por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família! Nas Visitas Domiciliares pelo ACS, pode e deve lhe servir de material de consulta e apoio, em todas as conversas com as grávidas e familiares. Por isso a Caderneta da Gestante deve fazer parte do kit de materiais que o ACS deve sempre ter em sua bolsa, podendo ser lida pelo mesmo junto com a gestante que está visitando. Conheça a Caderneta pelo link: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf

> “Guia do ACS” e Manual “O Trabalho do ACS”: Dois materiais de consulta muito úteis para o ACS, também publicados pelo Ministério da Saúde. Consulte em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf e http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

> Guia da Gestante para o Visitador (do PIM). Consulte em: http://www.faders.rs.gov.br/uploads/1395067211Guia_da_Gestante_Visitador_Conclui do.pdf

parte III _

estratégia de programa de visitas domiciliares (VD) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância (DPI)

Quais os objetivos e o conteúdo de visitas domiciliares para mães, pais e famílias com crianças menores de 6 anos num programa de VD para promoção do DPI?

Iniciado com a grávida em situação de vulnerabilidade, um bom programa de VD para promoção do DPI deve prosseguir com o apoio a esta mulher, e, sempre que possível, ao pai da criança, idealmente logo após a alta da Maternidade e volta com o bebê para casa.

Como já citado no item 6, faz parte do trabalho da Equipe de Saúde da Família e portanto, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), visitar o binômio mãe-bebê, com maior frequência, por se tratar de família em situação de maior vulnerabilidade.

As VD periódicas, tendo como público alvo a mãe e o pai da criança e outros cuidadores responsáveis, que, em geral, devem ter frequência semanal naquelas de maior vulnerabilidade (que concentram maior número de fatores de risco), tem os seguintes objetivos:

› Apoiar a mãe para a frequência e bom aproveitamento das consultas de seguimento de puericultura na Unidade Básica de Saúde, com realização dos exames solicitados, das vacinas e das demais orientações recebidas dos profissionais de saúde.

› Informar e apoiar a mãe em relação à importância do Aleitamento Materno Exclusivo até 6 meses e, a partir daí, complementado com outros alimentos saudáveis, até 2 anos. Para a qualificação do ACS, do enfermeiro e demais membros da ESF para este objetivo, não apenas nas VD mas no cotidiano da Unidade, sugere-se a capacitação desta ESF na "Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil" (BRASIL, 2013).

› Orientar e apoiar a mãe e, se possível, o pai, para ampliarem suas habilidades como pais:

- Para uma educação da criança com limites, mas afetuosa e sem violência. Neste sentido sugere-se a capacitação da ESF na "Linha de Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situações de Violência" (BRASIL, 2010);
- Para seu papel de estímulo ao DPI. Visando tal objetivo, a proposta é que o Visitador, sempre com a participação da mãe/pai, atue de forma lúdica com a criança, com brincadeiras (adequadas para a idade em que se encontra), lendo histórias*, cantando cantigas infantis. O objetivo é ilustrar para os pais/cuidadores como estes podem fazê-lo com sua criança. Mostrar também como isso tudo pode tornar mais afetuosa, agradável e divertida a relação com sua criança, além de mais tarde trazer benefícios para ela no aproveitamento escolar e na vida em sociedade, sendo uma pessoa mais equilibrada na relação com os outros e no trabalho;

› Informá-la e empoderá-la sobre seus direitos depois do nascimento do bebê, tais como direito a certidão de nascimento gratuita (sempre que possível já na Maternidade), direito a licença maternidade (e o pai a licença paternidade), direito a benefícios sociais (com apoio do CRAS e outros Serviços e programas do SUAS no território) quando necessário, etc.

› Ouvi-la e orientá-la (e ao companheiro sempre que presente) sobre:

- Como está lidando com o processo de ser mãe, suas dúvidas, medos e ansiedades;
- Como está sua rede de apoio, a relação com o pai da criança (vivam juntos ou não), relacionamento com familiares, vizinhos, companheiros de igreja ou de outros espaços, visando mapear relações que podem ser fortalecidas;
- Crescimento e Desenvolvimento (C/D) normal da criança na Primeira Infância (em particular naquela idade que ela se encontra), hábitos necessários para que o C/D ocorra de forma saudável: aleitamento materno/alimentação complementar saudável, educação sensível e responsiva por parte dos pais/cuidadores, acompanhamento de puericultura e realização de vacinas em dia na Unidade Básica de Saúde, ambiente seguro, de forma a prevenir acidentes, etc.;

Neste processo de apoio e informação, importante observar a presença de dificuldade em aceitar a gravidez, problemas emocionais de maior gravidade (lembrar que alguma ansiedade e medo são normais em qualquer gestação!), situações de violência familiar ou uso/abuso de álcool ou outras drogas, que demandarão uma articulação, pelo ACS que faz as VD e o(a) Enfermeiro(a) supervisor(a), com os demais profissionais de sua ESF, para um suporte adequado a esta mulher e sua família, se necessário também por profissionais/serviços especializados da saúde (CAPS, etc.) e também apoio intersetorial. Importantes, neste sentido, os serviços da proteção básica e especial da política de Assistência Social (aí incluindo os Serviços de Acolhimento para Gestantes ou Mulheres com bebês e o Serviço de Acolhimento em Famílias Acolhedoras, apontado pelo ECA como alternativa prioritária para o atendimento a crianças na primeira infância afastadas do convívio familiar), OSC's do bairro, vizinhança, igrejas, etc.

REFERÊNCIAS DE APOIO PARA O TRABALHO DO VISITADOR (ACS) E SUPERVISOR (ENFERMEIRO):

- Caderneta de Saúde da Criança: elaborada e distribuída pelo Ministério da Saúde, para todas as crianças brasileiras, na Maternidade, contém todas as informações necessárias para o cuidado e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento até 10 anos. Portanto, sua leitura pela mãe, pai e familiares deve ser estimulada por todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família! Nas Visitas Domiciliares pelo ACS, pode e deve lhe servir de material de consulta e apoio, em todas as conversas com a mãe. Por isso a Caderneta deve fazer parte do kit de materiais que o ACS deve sempre ter em sua bolsa, podendo ser lida pelo mesmo junto com a mãe que está visitando. Conheça a Caderneta pelo link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf

-"Guia do ACS" e Manual "O Trabalho do ACS": Dois materiais de consulta muito úteis para o ACS, também publicados pelo Ministério da Saúde. Consulte em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf e http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

- Care for Child Development- CCD (Cuidado para o Desenvolvimento Infantil): Publicação do UNICEF e OMS, ainda com versão apenas em inglês, em breve deverá estar disponível em português. Consulte em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/Cuidados_para_desenvolvimento_crianca.pdf

- Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/dez_passos_para_familia.pdf

- Referência da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre os riscos à saúde da criança trazidos pelas "telas" (celular, tablete, videogame, TV):http://ww.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-lanca-conjunto-de-orientacoes-em-defesa-da-saude-das-criancas-e-adolescentes-na-era-digital/

Roteiros/ Guias com atividades para as Visitas para cada faixa etária da criança, estão disponíveis em publicações dos programas Primeira Infância Melhor (PIM) e Cresça com Seu Filho (vide referências bibliográficas de ambos os programas, no Capítulo 12.

parte IV _

a importância da atenção integral à saúde da criança, na atenção básica, em programa de promoção do DPI

Qual o papel da atenção à saúde da criança, na atenção básica, em programa de promoção do DPI?

Como se viu no Cap.1, a oferta de Atenção à Saúde Integral e Integrada é um dos 3 grandes tipos de intervenção em políticas públicas, com evidência de impacto no DPI.

Considerando a fragmentação e dificuldade de continuidade do cuidado da criança, ao transitar de um profissional e/ou de um serviço de saúde para outro (por exemplo da Maternidade para a Unidade Básica de Saúde, após alta desta com sua mãe) a PNAISC apresenta uma sistematização de propostas visando contribuir para garantir:

- uma atenção integral e integrada dentro do setor Saúde, com profissionais e serviços de saúde de fato trabalhando no formato da almejada "Rede de Atenção à Saúde", como previsto na Rede Cegonha e na PNAISC (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2015)
- uma atenção integrada com as demais políticas públicas sociais no território, como a Assistência (CRAS - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família-PAIF e Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos) e Educação (Creche e Pré-escola) e outras, naqueles casos que demandam trabalho conjunto intersetorial.

A implementação da PNAISC pelos municípios e Estados que desejam construir uma Política Pública de Promoção do DPI é essencial para seu sucesso. A título de exemplo das graves consequências para o DPI da falta do chamado "continuum of care" (continuidade do cuidado), podemos pensar na comum situação da mãe que tem alta da maternidade amamentando de forma exclusiva seu bebê e, ao chegar em casa, começando com dúvidas e dificuldades, não consegue atendimento de qualidade e em tempo oportuno na Atenção Básica. Com isso acaba desmamando seu filho, com todos os sabidos prejuízos que um desmame precoce pode trazer para o desenvolvimento físico, emocional e intelectual de um bebê, no curto prazo e para toda sua vida (ROLLINS, 2016).

Também no capitulo 1, fica evidente que boa parte das intervenções do campo da saúde que têm comprovado impacto para o DPI são ofertadas pela Atenção Básica à Saúde e pela Maternidade, sendo estes pontos de atenção essenciais para serem qualificados, visando não apenas contribuir para uma exitosa Política Pública de Promoção do DPI, mas antes disso, a melhoria nos indicadores de morte materna e neonatal e a humanização do parto/nascimento, etc. (LANSKY, 2014; LEAL, 2015).

Por melhor que seja um programa de VD pelos ACS de uma UBS, para apoio à mãe visando o fomento do vínculo com seu filho e das habilidades parentais, pouco impacto terá se toda aquela lista de intervenções típicas da atenção básica não estiver sendo garantida, como, apenas para exemplificar, a falta de oferta de Ácido Fólico para a mulher grávida e depois de Ferro para seu filho, podendo acarretar respectivamente mal- formação fetal e anemia com eventual impacto intelectual

Também essencial é a boa organização do processo de trabalho da Atenção Básica, para o sucesso do ACS em suas VD para as famílias com grávidas e crianças pequenas de risco de sua microárea. Um programa de VD de uma ESF que cumpra as diretrizes de funcionamento definidas pelo Ministério da Saúde, na Política Nacional de Atenção Básica, já tem meio caminho andado para atingir seus objetivos. Exemplos:

> Como um ACS pode apoiar adequadamente uma grávida com problemas emocionais e que tem faltado nas consultas do pré-natal, se ele não conta com supervisão semanal pela/o enfermeira/o de sua equipe? Esta é essencial para discussão do caso, inclusive com avaliação sobre a necessidade de buscar apoio de outros profissionais na Rede de Atenção à Saúde (psicólogo do NASF ou outro serviço?) ou mesmo na Assistência Social (Profissionais do CRAS e/ou dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos-SCFV).;

> Como podem ser bem selecionadas as famílias com grávidas ou crianças pequenas se seu risco/vulnerabilidade não pode ser discutido com profundidade e comparado com o de outras famílias que talvez necessitem mais, em boas reuniões de ESF? A presença e participação ativa de todos seus profissionais: médico, enfermeira, técnicos/auxiliares de enfermagem, dentista se houver, os Agentes logicamente, pode trazer importante troca de saberes e olhares sobre a família em questão;

> Lembremo-nos que tais dispositivos, como a supervisão semanal dos ACS pelo enfermeiro, a reunião semanal ou quinzenal da ESF para discussão de seus casos de pacientes/famílias complexas, com elaboração de Projeto Terapêutico (PTS), são tarefas habituais de qualquer boa ESF do país, que cumpra seus papeis na PNAB. Vide, no ANEXO 5, uma lista das tarefas da ESF que são questionadas pelo MS na autoavaliação do PMAQ e que são essenciais para um adequado acompanhamento da saúde materna e infantil e também para o sucesso do programa de VD mais frequentes e qualificadas para famílias com grávidas e crianças pequenas.

A organização da atenção básica para o acompanhamento Pré-Natal da Mulher Grávida e do Crescimento/Desenvolvimento da Criança - A utilização das Cadernetas da Gestante e da Criança como ferramentas de apoio essenciais. A Unidade Básica de Saúde, com sua Equipe de Saúde da Família, precisa estar bem organizada, conforme as diretrizes da PNAB, para garantir acompanhamento de qualidade tanto para a gestante no Pré-Natal, quanto depois para a criança na primeira infância na Puericultura, em especial com acompanhamento do Crescimento/Desenvolvimento (ALMEIDA, 2008; ALMEIDA 2011);

Durante a gravidez, a velocidade de crescimento intrauterino é a maior de toda a vida do ser humano. Um adequado controle pré-natal, desde o 1º trimestre, garantindo que a mãe esteja em boas condições de saúde, pode contribuir para um bom início de vida, com crescimento e desenvolvimento respeitando seu pleno potencial.

Este acompanhamento clínico, por médico e enfermeiro, em consultas intercaladas, como orienta o Ministério da Saúde, associado ao empoderamento desta mulher com informações sobre seus direitos, durante a gravidez, no parto e após (vide no Capítulo 8, como este trabalho de promoção de saúde pode constituir um dos objetivos da VD pelo ACS), também podem aumentar a chance de um desfecho normal desta gravidez, com parto normal, evitando uma interrupção prematura da gravidez, seja por problemas de saúde gestacionais evitáveis, seja uma prematuridade

decorrente de cesárea sem indicação estrita, especialmente antes de 39 semanas e sem trabalho de parto.

Cesáreas nestas condições têm sido um dos temas mais estudados pela epigenética, pelos seus possíveis impactos negativos por toda a vida da criança, com maior risco de muitas doenças crônicas, como obesidade, doenças autoimunes e até autismo (SEVELSTED, 2015). Portanto intervenções nas Maternidades no sentido de fomentar boas práticas obstétricas e neonatais, baseadas em evidências e humanizadas são essenciais para garantir um bom início de vida para a criança, com maior chance de um futuro saudável, com pleno desenvolvimento.

O Brasil tem se destacado negativamente por alto índice de prematuridade (cerca de 12% dos RN), representando risco de problemas respiratórios, de internação, morte ou problemas crônicos de saúde, inclusive de problemas de atraso no desenvolvimento. Sua prevenção portanto é essencial. Para tal vários fatores de risco devem ser considerados e se possível prevenidos, na atenção integral à saúde da mulher, incluindo o pré-natal: o fumo, o álcool e outras drogas, a hipertensão arterial, as violências, as doenças infecciosas crônicas e outras patologias na gravidez, como infecção urinária e doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição da gestante, o curto intervalo interpartal (menor do que dois anos), a elevada paridade, a idade materna (<19 anos e > 35 anos), a gestação múltipla, as anomalias congênitas e, como já falado, a frequente interrupção da gravidez antes do termo, decorrente de cesáreas "eletivas", sem trabalho de parto iniciado.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (C/D) da criança, se inicia na Maternidade e tem sua continuidade de cuidado na Atenção Básica à Saúde (ABS), mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto na Caderneta de Saúde da Criança, pressupondo ações de promoção, proteção, detecção precoce, atendimento e reabilitação de alterações que possam repercutir em sua vida futura. A recente descoberta de casos de Síndrome Congênita do Zika Vírus, com microcefalia ou meramente alterações funcionais no desenvolvimento cerebral, reforçou ainda mais a importância deste acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento de cada criança, com especial atenção à evolução do perímetro cefálico (PC) (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2016c), com os devidos registros do peso, altura, PC e situação de desenvolvimento, preenchendo adequadamente as curvas de crescimento e os marcos de desenvolvimento nas faixas etárias previstas na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2005a).

A Caderneta de Saúde da Criança, "Passaporte da Cidadania", é disponibilizada pelo Ministério da Saúde nas Maternidades (públicas e privadas) para toda mãe no momento de sua alta e de seu recém-nascido. Constitui ferramenta estratégica para servir de fio condutor da atenção integral preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instrumento insubstituível de registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C/D) e de orientações para esta atenção integral, até a criança completar 10 anos de vida.

Nova versão, prevista para substituí-la, passará a levar o nome de "Caderneta da Criança", pelo fato de objetivar um caráter intersetorial, passando a transcender a saúde, incorporando algumas informações sobre as ações e políticas de assistência social e de educação para a criança.

Uma característica de bons programas de promoção do DPI é a existência de protocolo/prontuário da gestante e criança de uso comum, intersetorial, por todas os profissionais/serviços das políticas públicas sociais. A Caderneta de

Saúde da Criança, passando a ter caráter intersetorial, pode vir a ter também importante papel com esta finalidade.

A alta hospitalar responsável da Maternidade, inclui uma entrega orientada da Caderneta de Saúde da Criança para a mãe. Para o sucesso da plena utilização pela mãe/pai/família/cuidadores, deste instrumento essencial de acompanhamento de sua criança, é fundamental que os profissionais lhes exibam seu conteúdo, com especial foco nos dados relacionados ao nascimento e primeiros dias de vida ali já anotados, como medidas de peso, altura, perímetro cefálico, resultados dos testes neonatais, registros de vacinas e procedimentos realizados, bom como de eventuais alterações ao exame físico (icterícia, etc.) ou de intercorrências. Também é importante apontar para a mãe/pai/família/cuidadores seções da Caderneta que podem ser de utilidade imediata, como aquelas de orientações sobre aleitamento materno e primeiros cuidados.

Sempre que possível, a mãe deve deixar a Maternidade já com a data agendada para o comparecimento, entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê, na Unidade Básica de Saúde (UBS), visando o atendimento integral para a mulher e seu recém-nascido (vide esta e outras orientações a serem dadas para a mãe no momento da alta, na Portaria 2068 de 2016, de Diretrizes de atenção no Alojamento Conjunto).

Nos casos de vulnerabilidade e risco psicossocial a alta já deve ser feita de forma articulada com a política da Assistência Social, para acompanhamento conjunto no território de moradia da família.

O atendimento integral ao binômio mãe-bebê, já entre o 3º e o 5º dia deste, é um momento privilegiado para detecção de problemas e necessidades particulares da mãe e do bebê, que podem interferir no curso do seu crescimento e desenvolvimento e até mesmo levar a morte materna ou neonatal. Consiste numa consulta de enfermagem (ou médica) conjunta da criança e da mãe, com exame sumário de ambos e pesagem da criança (para verificação de ganho ponderal), verificação dos registros anteriores nas Caderneta de Saúde da Criança e da Gestante, sobre as condições de parto/nascimento, com escuta da mãe e orientação sobre cuidados e sinais de alerta, observação da mamada, com incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, coleta de sangue para o Teste do Pezinho e aplicação das vacinas para a puérpera e a criança (caso estes procedimentos não tenham sido realizados na Maternidade), checagem dos resultados das Triagens Neonatais Ocular (Teste do Olhinho) e Auditiva (Teste da Orelhinha), Teste do Coraçãozinho com agendamento de novas testagens se necessário, bem como agendamento das consultas, preferencialmente médicas, de pós-parto e planejamento reprodutivo para a mãe, e de puericultura de 1 mês de vida para a criança. Trata-se de momento importante para estímulo à participação do pai nos cuidados de sua criança*.

* Meta frequente nas políticas públicas e nos programas em prol da promoção do DPI é o fomento à participação da figura paterna, com cuidado dos filhos e afeto por eles. Portanto, sempre que possível, deve ser estimulada a presença do pai no atendimento integral ao binômio mãe e bebê pela UBS e em outros momentos de atendimento a ambos, de forma a empoderá-lo para o apoio à mulher e o cuidado da criança. Lembrar que, com esse objetivo, o Marco Legal da Primeira Infância alterou a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), permitindo abono de faltas para o trabalhador nas seguintes situações" 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.

O acompanhamento sistemático do crescimento, com o devido registro do ganho de peso e altura, nas curvas de crescimento, faz parte da rotina das UBS, permitindo a identificação de crianças com ganho pondero-estatural baixo ou elevado, risco nutricional (desnutrição ou obesidade) e outros agravos (anemia, infecções, etc.) e vulnerabilidades, com as devidas intervenções médicas/nutricionais (exames complementares, tratamentos, etc.) e/ou de suporte social necessárias, em tempo oportuno. Assim, em cada contato entre a criança e os profissionais dos serviços de saúde, deve ser verificado seu crescimento e condição nutricional, como parte de uma avaliação integral. Condições inadequadas de nutrição, ligadas ou não a outras situações de vulnerabilidade (baixa renda, maus tratos/violências intrafamiliares, etc.) exigem um acompanhamento especial.

Na Caderneta de Saúde da Criança há orientação para a avaliação dos marcos do desenvolvimento e classificação da situação da criança. É essencial o registro pelo profissional da ABS da evolução do desenvolvimento da criança, segundo os marcos, visando uma adequada informação e empoderamento da família sobre a mesma, bem como para comunicação com os profissionais do serviço educacional onde a criança frequenta e do CRAS e outros Serviços e programas do SUAS deste território.

Para a situação de criança em suspeita de atraso no seu desenvolvimento é importante a intervenção sem demora, devendo o caso desta ser levado para discussão na reunião da ESF, construído de forma intersetorial, se possível, com envolvimento de professores da criança, caso esta frequente creche/pré-escola, de profissionais da Assistência Social (especialmente se a família frequenta o PAIF no CRAS). Se, no Projeto Terapêutico Singular, a ESF concluir pela necessidade de opinião de outros especialistas, isso pode ser resolvido com o envolvimento do pediatra e outros profissionais de NASF (outros especialistas médicos que tenham experiência em avaliação do desenvolvimento, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo), ambulatórios especializados, Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPSi), conforme a disponibilidade destes serviços no município ou região. Também deve-se lembrar de usar os recursos especializados da política de assistência social, como o CREAS e os existentes no terceiro setor, tais como profissionais de APAE's, organizações da sociedade civil, etc.

O acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo ou com baixo peso para a idade gestacional exige um cuidado específico, pois elas não tiveram seu crescimento intrauterino adequado. O uso do Método Canguru para Recém-nascidos prematuros, intervenção com evidência de impacto no DPI, como visto no Capitulo 1, é preconizado e normatizado tecnicamente pelo Ministério da Saúde, tanto para a Unidade Neonatal na Maternidade, quanto depois da alta na ABS (BRASIL, 2007a, 2013i)

Essas crianças, com maior risco ao nascer ou adquirido ao longo da vida, devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012g) e devem ser consideradas pela atenção básica com prioridade na vigilância em saúde da criança. O RN de alto risco merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da atenção básica, com muita frequência demanda atendimento especializado, com equipe multiprofissional, além de receber suporte de outras especialidades médicas.

Para o incremento nas ações de cuidado e estímulo ao DPI, além das ações em curso na Atenção Básica e especializada, as famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade biopsicossocial devem ter prioridade na oferta de programas que visem superar iniquidades nas condições de vida e saúde para seu desenvolvimento, como por exemplo o Programa de VD para promoção do DPI (Capítulos 6 a 10).

Bibliografia

ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situações e perspectivas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411 p. (Saúde em debate; 190).

ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; ZANOLLI, Maria de Lurdes. O papel do pediatra no PSF-Paideia de Campinas (SP). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, suppl. 1, p. 1479-1488, 2011.

BERNARD van LEER FOUNDATION. Un buen inicio: avances en el desarrollo de la primera infancia. Jun 2015/124. Disponível em: http://earlychildhoodmagazine.org/es/category/ediciones/un-buen-inicio-avances-en-el- desarrollo-de-la-primera-infancia/ >. Acesso em: 12 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 8869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília, DF, 2016. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8869.htm. Acesso em 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Brinquedos e Brincadeiras nas creches. Manual de Orientação Pedagógica / Ministério da Educação - Brasília – MEC/SEB, 2012l, 158p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 maio 2014c. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: <www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 109. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 7 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007a. Seção 1, p. 84. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 7 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 2013f. Seção 1, p. 64. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em 14 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém- nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2016. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/9787-portaria-no-2-068-de-21-de-outubro-de-2016>. Acesso em: 24 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387 de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 out. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html>. Acesso em: 25 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011d. Seção 1, p. 230.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília, 2011e. 50 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília, 2013i. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Criança. 9. ed. Brasília, 2014i. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010d. 104 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. 2. reimpr. Brasília, 2013k.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, 2013l. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília, 2013m. 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional: Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, 2013n. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012f. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012g. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009f. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes- de-Estimulacao-Precoce.pdf >. Acesso em: 2 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf. Acesso em: 2 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde/EVIPNet Brasil, 2016. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 46 p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Disponível em: <www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Plano_Defesa_CriancasAdolescentes%20.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2007c. Seção 1, p. 2. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 8 dez. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 2009g. Seção 1, p. 3. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007- 2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 7 out. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Seção 1, p. 2. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 7 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm>. Acesso em: 22 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2014n. Seção 1, p. 2. Disponível em: <www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016d (Marco Legal da Primeira Infância). 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. Disponível em:www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: 20 out. 2016.

CARDIA, N.; ALVES, R.; ASTOLFI, R. Visitação Domiciliar: Prevenção da Violência e a Promoção do Desenvolvimento Saudável na Primeira Infância. Núcleo de Estudos de Violência. Universidade de São Paulo: Edusp, 2016. 512p.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. [S.l.], 2008.

ENGLE P.L., FERNALD L.C.H., ALDERMAN H., et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. Lancet 2011;378: 1339–53.

FORTALEZA. Guia de formação de enfermeiros e agentes comunitários de saúde: Cresça com seu filho, fortaleça a primeira infância. Prefeitura de Fortaleza; Ministério da Saúde; Universidade Federal do Ceará; Fortaleza, 2015.

GERTLER, P., HECKMAN, J., PINTO, R., ZANOLINI, A., VERMEERCH, C., WALKER, S. et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. Science 344: 998-1001, 2014.

GIUGLIANI, C. et al. Effectiveness od community health workers in Brazil: a systematic review. The Journal of ambulatory care mangement, v. 34, n.4, p. 326, 2011.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. The Lancet, London, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.

HADDAD, A. E., São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura, 2016, 600p.

LAMY FILHO, F. et al. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. Caderno de Saúde Pública, São Paulo, v. 30, suppl. 1, p. S5-S5, 2014. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2015.

LU, C. et al. Risk of poor development in young children in low-income and middle- income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale.The Lancet Global Health. Volume 4, Issue 12, e916 - e922. 2016.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.

MONTEIRO, C. A. et al. Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 88, p. 305-311, 2009.

PAES DE BARROS, R. et al. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. (Textos para Discussão, n. 1478). Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1478.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: PENELLO, Liliane Mendes; LUGARINHO, Liliana Planel (Orgs.).

Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. Disponível em: <www.estrategiabrasileirinhos.com.br/>. Acesso em: 8 jun. 2013.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. The Lancet, [S.l.], v. 382, n. 9886, p. 57-64, Jul. 2013.

REDE NACIONAL PRIMERIA INFÂNCIA. Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI). Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Resumido.pdf> Acesso em: 20 mar. 2018.

RICHTER, L. M. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. The Lancet, Volume 0, Issue 0, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Programa Primeira Infância Melhor. Disponível em: <www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>. Acesso em: 11 set. 2016.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? The Lancet, Volume 387, Issue 10017, 491 – 504, 2016.

SANTOS, I. S. et al. Associated factors and consequences of late preterm birth: results from the 2004 Pelotas birth cohort. Paediatric and perinatal epidemiology, Oxford, v. 22, n. 4, p. 350-359, Jul. 2008.

SEVELSTED, A.: STOKHOLM, J.: BONNELYKKE, K.; BISGAARD, H.; Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. Pediatrics. 2015;135(1): e 92–8.

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.; GARNER, A.S. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Washington, v. 109, Suppl. 2, p. 17302- 17307, Oct. 2012.

SHONKOFF, J. P. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Pediatrics 2012 Jan;129(1) 232-46. Dec 2011.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. s173-s180, 2004. Suplemento.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet, [S.l.], v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2011. Disponível em: <www.thelancet.com/series/health-in-brazil>. Acesso em: 16 nov. de 2013.

WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The Lancet, London, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

Anexo 1:

o que é uma semana do bebê e como o município pode organizar a sua?

A Semana do Bebê é uma estratégia de mobilização social criada pelo município de Canela (RS) no ano 2000. Desde então, sempre no mês de maio, ocorre uma grande mobilização de profissionais e da sociedade em geral em favor da primeira infância com um amplo leque de ações, como palestras com especialistas, “passeatas de bebês” e feiras com esse tema. Segundo o psiquiatra Odon Cavalcanti, um dos idealizadores do evento, “A Semana do Bebê serve para pensar e avaliar as condições sociais, educacionais e de saúde que o município oferece aos bebês que ali nascem e, com essa avaliação, melhorar os serviços”.

A proposta obteve tanto êxito que se disseminou por todo o Brasil e por outros países, como Argentina, Uruguai e Portugal. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que desenvolve intenso trabalho de apoio à iniciativa, até dezembro de 2016, 602 municípios brasileiros haviam organizado cerca de 907 Semanas do Bebê, que beneficiaram potencialmente cerca de 2,5 milhões de crianças menores de 4 anos e tiveram como objetivo tornar o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento de crianças de até 6 anos prioridade em sua agenda.

Visando amplificar a divulgação e a troca de experiências entre os envolvidos com a proposta nos municípios, o UNICEF passou a realizar Mostras Internacionais das Semanas do Bebê. A terceira edição ocorreu em 2016, no Recife, com mais de 800 participantes.

Também como Canela, em 2009, muitos municípios passaram a consagrar a iniciativa em lei de forma a garantir a continuidade de sua realização mesmo com mudanças no governo municipal.

Considerando seu alcance, trata-se de ação estratégica para estados e municípios com programas de promoção do Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI).

Para maiores informações sobre o tema, consulte o site do UNICEF:

www.unicef.org/brazil/pt/media_20403.html

Para conhecer o guia Como realizar a Semana do Bebê em seu município, consulte:

www.unicef.org/brazil/pt/br_semanadobebe.pdf

Para novidades sobre o tema, consulte a página da Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal:

http://desenvolvimento-infantil.blog.br/tag/semana-do-bebe

Anexo 2:

o que foi o projeto de atenção nutricional e estímulo ao dpi?

Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI).

Portaria GM/MS nº 2.387, de 18 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012)

- 238 municípios de pequeno porte no Brasil, a maioria nas Regiões Norte e Nordeste, com altos índices de desnutrição infantil.
- Três anos (2013 a 2015) de incentivos financeiros: 36 milhões de reais.

Metas:

1 - Aumento da cobertura populacional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);

2 - Aumento da cobertura das condicionalidades de famílias no Programa Bolsa Familia;

3 - Investigação dos casos de desnutrição e atraso no desenvolvimento infantil;

4 - Implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em todas as Unidades Básicas de Saúde;

5 - Garantir a suplementação de vitamina A e de ferro para todas as crianças diagnosticadas com desnutrição.

Projetos ANDI e estímulo ao DPI

- 30 municípios dos estados do Amazonas, do Acre, de Rondônia e de Roraima e de São Paulo foram contemplados pela Portaria GM/MS nº 2.387;
- MS ampliou o foco do projeto, dando ênfase não apenas ao enfrentamento da desnutrição, mas também à promoção do DPI;
- MS ofertou aos municípios, além do repasse de estímulo financeiro previsto pela portaria, apoio institucional para implementação de programa ANDI-DPI;
- Contou com apoio técnico e financeiro da Fundação Bernard van Leer, materializado por meio de parceria com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS), o Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS) e mais recentemente a United Way Brasil.

Objetivo geral:

Fomentar nos municípios um novo modelo de atenção integral à Saúde das crianças menores de 5 anos com foco no combate à desnutrição e no estímulo ao DPI.

Objetivos específicos

- Apoiar nos municípios a **criação de um Grupo Técnico Intersetorial (GTI)** composto por representantes das secretarias da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social para responder pela gestão das ações de promoção da alimentação saudável e do estímulo ao desenvolvimento integral da criança menor de 5 anos em situação de desnutrição.
- Apoiar o GTI, em conjunto com as equipes das redes de serviços, **na elaboração de planos de ação com atenção voltada à desnutrição infantil, ao incentivo ao aleitamento materno e ao estímulo ao DPI.**
- Incentivar o desenvolvimento de ações que priorizem o **fortalecimento das competências familiares em cuidar das crianças e educá-las, privilegiando a implementação de visitas domiciliares (VD) sistemáticas e contínuas voltadas ao desenvolvimento integral na primeira infância e à promoção da alimentação saudável.** A Caderneta de Saúde da Criança é material de apoio e formação.
- Favorecer o **protagonismo das famílias e comunidades** nas ações de combate à desnutrição.
- Sensibilizar e capacitar **profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social** para atenção integral à primeira infância.
- Estimular ações voltadas à **atenção integral de crianças em desnutrição, com investigação dos casos de desnutrição e de atraso no desenvolvimento infantil.**
- Contribuir para a implementação e o aprimoramento de ações de **incentivo ao aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável** para crianças de até 2 anos de idade em todas as UBS do município.

Resultados

- GTI formados em todos os municípios apoiados;
- Planos de ação elaborados em todos os municípios;
- 1.162 profissionais de Saúde e de outras políticas sociais capacitados para cuidados mais qualificados à criança;
- Este projeto e outras iniciativas contribuíram para criar, em alguns estados da Região Norte, massa crítica sobre a importância do investimento na primeira infância, criando condições para o lançamento de suas próprias políticas públicas intersetoriais para o DPI, entre 2015 e 2016:
  - Programa Primeira Infância Acreana, pelo estado do Acre;
  - Programa Primeira Infância Ribeirinha, pelo estado do Amazonas;
  - Programa Primeira Infância Manauara, pelo município de Manaus/AM.

Anexo 3:

kit de brinquedos para estímulos ao DPI

Kit de brinquedos para programas de promoção do DPI

A disponibilidade de um kit de brinquedos e/ou kit de materiais e insumos para confecção de brinquedos com materiais recicláveis é algo importante para os visitadores de programas de VD para promoção do DPI. Seguem aqui, apenas a título de exemplo, não de modelo, duas propostas de kit:

1) **PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM), do RIO GRANDE DO SUL**, que não utiliza brinquedos industrializados e sim confeccionados com material reciclável.

2) **PROGRAMA CRESÇA COM SEU FILHO, de FORTALEZA (CE)**, que adquire brinquedos industrializados, como bonecas, blocos etc., embora também faça uso de materiaise insumos para confecção de brinquedos com materiais reciclados. Agradecemos à Universidade Federal do Ceará e à Prefeitura de Fortaleza por tornarem públicos os custos aproximados de cada item do kit para que os gestores de municípios interessados tenham noção do orçamento necessário.

› Dicas do PIM

- Os visitadores precisam de um número razoável de materiais. O ideal é terem o modelo do brinquedo pronto e depois construírem, com a família, outro que ficará com ela;
- É interessante que os municípios, com o tempo, montem brinquedotecas com materiais recicláveis. Isso vai facilitar a rotina do visitador, que poderá contar com uma variedade de modelos e opções;
- O melhor brinquedo ou material para brincadeira são os materiais e utensílios que as famílias possuem. Panelas, potes, caixinhas etc.;
- Os visitadores devem apoiar as famílias a montar o “cantinho do brincar” nas casas. Caso não haja espaço, pode ser uma caixa, onde elas guardem os brinquedos construídos e separem as sucatas para construírem outros;
- Conseguir uma lona, uma coberta antiga ou outro material parecido, visando forrar o chão para a criança sentar e brincar neste canto. Alguns estabelecimentos comerciais costumam doar pedaços de lona;
- Lembrar de aproveitar o quintal ou o jardim da casa ou a praça próxima como locais para desenvolver a atividade com a mãe, o pai ou o cuidador e a criança. VD para o DPI não é escolinha nas casas.e então, é importante explorar muito o ambiente e seus recursos.

Sugestões de materiais e insumos para os visitadores

- Tesoura;
- Cola bastão;
- Cola líquida;
- Pistola e refil de cola quente;
- Papel colorido (de diferentes naturezas - Kraft, canson, cartolina, etc.);
- Papel pardo (muito usado);
- Folhas de borracha EVA;
- Régua;
- Estilete;
- Lápis;
- Borracha;
- Lápis de cor;
- Canetinha;
- Fita durex grossa e fina (muita fita);
- Fita durex colorida;
- Papelão (dica: recolher caixas nos mercados);
- Garrafas PET de todos os tamanhos;
- Caixinhas (sabonete, pasta de dente);
- Jornal;
- Tinta (de preferência de artesanato, para não manchar a roupa);
- Retalhos de tecidos (lojas de tecidos fornecem.

Referência sobre brinquedos e brincadeiras: Coleção Fazendo Arte, do PIM - RS

- **VOLUME 1:**
  Aborda a criação de objetos como fantoches, máscaras e livros, oportunizando uma ligação entre crianças e famílias por meio do teatro e da expressão corporal. Acesse: www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/Colecao-Fazendo-Arte/Colecao-Fazendo-Arte-PIM-I.pd

- **VOLUME 2:**
  Tem o foco em artes plásticas, móbiles e dobraduras, incentivando, também, o desenvolvimento artístico das crianças – fator muito importante para o aprimoramento da motricidade e criatividade. Acesse: www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/Colecao-Fazendo- Arte/Colecao-Fazendo-Arte-PIM-II.pd

- **VOLUME 3:**
  Apresenta às crianças e suas famílias opções criativas para confecção de brinquedos que irão valorizar a cultura, bem como a interatividade da criança com a arte. Acesse: www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/Colecao-Fazendo- Arte/Colecao-Fazendo-Arte-PIM-III.pd

- **VOLUME 4:**
  Traz música e poemas direcionados à primeira infância. A música tem o dom de encantar as crianças, sendo de grande importância não só como entretenimento, mas como auxílio no aprendizado da fala, no aprender a ouvir e na coordenação motora. A literatura contém a magia de criar um mundo de sonhos, propiciando o desenvolvimento da imaginação infantil. Acesse: www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/instrumentosPIM/Colecao-Fazendo- Arte/Colecao-Fazendo-Arte-PIM-IV.pdf

kit do programa cresça com seu filho

Fortaleza (CE)

MATERIAL KIT PEDAGOGICO			
ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNIDADE	**VALOR TOTAL**
Boneca Bebê, morena/negra, com cabeça e membros, produzidos em vinil, atóxico e lavável e corpo em algodão e enchimento de manta acrílica. Deverá acompanhar roupinha em algodão antialérgico, com possibilidade de por e tirar da boneca. Dimensões: boneca de aproximadamente 50 cm; Embalagem: caixa de papelão ou sacola de plástico PVC laminado transparente (cristal). Embalagem contendo informações sobre o produto e dados do fabricante. Produto com certificação do INMETRO.	85	R$ 29,90	**R$ 2.541,50**
Boneca Bebê, branca, com cabeça e membros, produzidos em vinil, atóxico e lavável e corpo em algodão e enchimento de manta acrílica. Deverá acompanhar roupinha em algodão antialérgico, com possibilidade de por e tirar da boneca. Dimensões: boneca de aproximadamente 50 cm; Embalagem: caixa de papelão ou sacola de plástico PVC laminado transparente (cristal). Embalagem contendo informações sobre o produto e dados do fabricante. Produto com certificação do INMETRO.	85	R$ 29,90	**R$ 2.541,50**

MATERIAL KIT PEDAGOGICO			
Brinquedo musical. Pandeiro, Confeccionado em PVC colorido, com 20cm de diâmetro, com platinelas em metal cromado.	50	R$ 10,00	**R$ 500,00**
Kit com blocos de montar. Material: plástico. Descrição: Peças coloridas e grandes, de fácil encaixe e com vários formatos. Com 24 ou 36 peças. Embalagem contendo informações sobre o produto e dados do fabricante. Produto com certificação do INMETRO.	70	R$ 30,00	**R$ 2100,00**
Tapete EVA, para yoga, unissex. Leve, flexível, atóxico e lavável. Dimensões: 180cm x 60cm x 6mm	100	R$ 35,00	**R$ 3500,00**
Esteira de palha natural. Dimensões: 0,60m x 1,80m.	33	R$ 30,00	**R$ 990,00**
Caixa organizadora de plástico baixa, com tampa e alças, 20L. Dimensões: 24,5 x 29 x 40,5.	200	R$ 30,00	**R$ 6.000,00**
Total		R$ 194,80	**R$ 18.173,00**

Anexo 4:

serviços de acolhimento de Campinas são referência para o país

Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2003, (IPEA/2003)[1] representa um divisor de águas na revelação da situação de crianças e adolescentes afastados dos pais por medida protetiva no Brasil. Os resultados provocaram uma movimentação, por parte do Estado, para o enfrentamento das violações de direitos expostas e a elaboração de um plano nacional[2] que impulsionasse a política pública. Esse movimento tem provocado até hoje pesquisas, estudos, planos estaduais e municipais e implantação de sistemas de monitoramento.

Campinas[3], em dezembro de 2006, formulou um plano municipal com profissionais do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que tem orientado as ações de qualificação de seus serviços sempre alinhado às leis nacionais e internacionais. Depois de dez anos da execução desse plano, destacamos o reconhecimento de um cinturão de proteção que explicita importantes resultados provenientes do conjunto de políticas públicas intersetoriais de caráter preventivo e curativo.

Destacamos como exemplo o acolhimento das crianças com suas mães em abrigos, que levou a uma queda de 60% no número de recém-nascidos acolhidos em abrigo[4], indo de 18 bebês em 2014[5] e 2015 para cinco em 2016 e oito em 2017. Foram criados dois abrigos para mães em situação de vulnerabilidade social e seus bebês, inclusive com tratamento para mulheres grávidas em uso de substâncias psicoativas. Mesmo os oito separados das mães, por medida protetiva, foram acolhidos em família acolhedora, evitando a institucionalização, cumprindo as Diretrizes de Cuidados Alternativos à Criança (ONU 2009).

Essa experiência tem sido destacada como exitosa pelo Ministério do Desenvolvimento Social e pelo Movimento Nacional Pró-Convivência Familiar e Comunitária[6], em um momento em que várias experiências negativas têm sido destacadas em âmbito nacional: a retirada compulsória de bebês das mães em vulnerabilidade social[7].

Campinas assumiu apoiar todos os esforços na criação de serviços – é notório o aumento de recurso aplicado na política pública – para manter as crianças nas famílias de origem ou para promover a reunificação familiar ou, se for no melhor interesse das crianças, identificar e assegurar as formas mais adequadas de cuidados alternativos, em condições que promovam o seu desenvolvimento pleno e harmonioso, como parte de uma política nacional integrada de proteção à criança .

---

1 http://ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5481

2 Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, 2004

3 Campinas é um município metrópole com 1.200MM habitantes

4 www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=33301

5 www.youtube.com/watch?v=B3JxMDIj7Fo

6 www.movimentonacionalpcfc.org.br

7 www.direitosdacrianca.gov.br/noticias-2017/conanda-debate-na-camara-dos-deputados-denun
www.gazetadopovo.com.br/justica/justica-tira-bebe-de-familias-em-situacao-de-risco-89su51yxr3iru95vp9d3v9cej

Anexo 5:

condições de funcionamento da atenção básica à saúde, necessárias para o sucesso de um programa de promoção do dpi, baseado em qualificação das VD pelos agentes comunitários de saúde (acs) visando a promoção do vínculo mãe/família-bebê e o estímulo ao dpi

***conforme a política nacional de atenção básica (pnab) e política de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (pmaq/amaq)**

TABELA	PONTUAÇÃO
4.4	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção e resolução de seus problemas e necessidades de saúde.	
A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes e, para isso, o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.5	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações.	
A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando- o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica, durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de plantas medicinais e fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das práticas integrativas e complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.6	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários.

A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante também para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple estas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.7	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos.

A equipe elabora, acompanha, gere e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.8	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos.

A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam também na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) e outros.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna.

A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de realiza reuniões periódicas

A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir temas referentes a questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos-sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, entre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS o planejamento das ações no território.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.11	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica realiza a alimentação do sistema de informação vigente da atenção básica de forma regular e consistente.

A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.12	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados.

A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.13	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos da sua área de abrangência.

A equipe realiza, durante o primeiro ano de vida da criança, no mínimo sete consultas de acompanhamento, sendo três com o médico e quatro de enfermagem. Essas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. Além de duas consultas no segundo ano de vida (18º e 24º), com avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e ações de promoção, com busca ativa (faltosos, prematuros, baixo peso ao nascer). E, no mínimo, uma consulta odontológica no 1º ano de vida da criança (quando se inicia a erupção da dentição decídua) e outra no 2º ano de vida da criança (quando geralmente se completa a erupção da dentição decídua). A atenção integral à saúde da criança envolve avaliação e registro do estado de saúde na caderneta de saúde, no prontuário (com espelho do cartão ou equivalente) e no sistema de informação, incorporando avaliação do peso, comprimento/altura, desenvolvimento, intercorrências e estado nutricional, bem como realiza atualização do calendário vacinal, suplementação profilática e controle de carências nutricionais como a anemia ferropriva e a deficiência de vitamina

A e orienta mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). A equipe avalia ou encaminha em tempo oportuno a realização dos testes de triagem neonatal: teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho. A equipe identifica as crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. O acompanhamento da criança visa a estreitar e manter o vínculo dela e da família com a UBS, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.14	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até nove anos, com definição de prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade.

A equipe possui registro das crianças até nove anos (puericultura), realiza avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento. O acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização ocorre por meio de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, orientações sobre promoção do desenvolvimento infantil e prevenção e controle de carências nutricionais com suplementação profilática de vitamina A para menores de cinco anos, além de grupos operativos com famílias, com o registro no cartão ou caderneta de saúde da criança. A equipe identifica, notifica e acompanha casos de violência à criança. É preconizada a realização de consultas anuais próximas ao mês de aniversário da criança a partir dos dois anos de idade até os nove anos.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.15	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, para incentivar e orientar o aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar saudável.

A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais, orienta a introdução dos alimentos às crianças maiores de seis meses, compreendendo esse processo em seu contexto sociocultural e familiar.
Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família para abordar esse tema. Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno e alimentação, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado). Realiza ações de avaliação e monitoramento, vigilância alimentar e nutricional e cumpre a NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. A equipe conhece e utiliza os 10 passos para a alimentação saudável de crianças menores de dois anos.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.16	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe de Atenção Básica realiza captação das gestantes no primeiro trimestre.

A equipe desenvolve ações para detecção e vinculação precoce das gestantes do território, em especial às adolescentes gestantes, garantindo um bom acompanhamento do pré-natal com consultas em número suficiente e qualidade satisfatória, de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade. Faz a vinculação à maternidade de referência, identifica as gestantes entre 14 e 44 anos beneficiárias do Programa Bolsa-Família e orienta sobre o novo Benefício Variável à Gestante (BVG) do programa. A equipe estima o número de gestantes do território, cadastra e faz o acompanhamento em domicílio, considerando todas, inclusive aquelas cobertas por planos privados de saúde. Registra o estado de saúde na caderneta da gestante, no prontuário

TABELA	PONTUAÇÃO
4.17	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe acompanha todas as gestantes do território.

A equipe realiza seis ou mais consultas de pré-natal (consultas alternadas entre médico e enfermeiro), mensalmente até a 28ª semana; quinzenalmente da 28ª à 36ª semana; semanalmente no termo. Solicita e avalia os exames complementares recomendados, diagnóstico e tratamento de DST, realiza imunização antitetânica e para hepatite B (quando indicado). Nas consultas, avalia risco e vulnerabilidade, situação nutricional, mensuração da pressão arterial e da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal (após o quarto mês). Atende às intercorrências e urgências na gestação. Realiza atividades educativas mensais, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério, reforçando a maternidade de referência, o direito ao acompanhante na hora do parto e o direito aos benefícios, como o Benefício Variável Gestante – BVG (PBF). Estimula a participação do companheiro no pré-natal, parto e puerpério. Orienta quanto à prevenção e controle de carências nutricionais, como a anemia ferropriva. Mantém o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e de grupo de educação em saúde de todas as gestantes do território, inclusive as que optaram por realizar o pré-natal em outros serviços. Realiza ações de saúde bucal com, no mínimo, uma avaliação odontológica por trimestre de gestação. Registra o estado de saúde na caderneta.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.18	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza, solicita e/ou avalia os exames recomendados durante o pré-natal

A equipe realiza os testes rápidos ou sorologias para HIV e sífilis na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre de gestação. Solicita e avalia em tempo oportuno os seguintes exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh, teste de COOMBS (se indicado), hemoglobina, hematócrito, exame de glicose, teste de tolerância oral à glicose 75 g (se indicado), exame de urina (urina tipo I), urocultura com antibiograma, exame parasitológico de fezes, sorologias para hepatite B e toxoplasmose. Nos casos em que o resultado do teste de sífilis é positivo, realiza-se busca ativa da gestante e de suas parcerias sexuais para confirmação do diagnóstico e tratamento imediato com penicilina, com acompanhamento, aconselhamento e notificação no sistema de informação.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.19	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida.

O médico e/ou enfermeiro realiza o atendimento para a puérpera e o recém-nascido (em domicílio ou na própria UBS) na primeira semana após a alta. Nos casos de recém-nascidos de risco, o atendimento é feito nos primeiros três dias após a alta. São verificados o registro de nascimento, preenchimento do cartão ou caderneta de saúde da criança, verificação das condições de alta da maternidade, verificação da realização dos testes de triagem neonatal (teste do pezinho, olhinho e orelhinha) e avaliação de saúde da puérpera (coloração das mucosas; presença de febre; volume, cor e odor dos lóquios e avaliação/classificação dos fatores/situações de risco). Avalia-se o estado emocional da família, o vínculo com o bebê, orienta-se sobre aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida,
observando a sucção, o posicionamento da criança e pega. Quando há necessidade de ordenha de leite, orienta a importância da ordenha manual e a doação ao banco de leite humano. A equipe mantém o acompanhamento da puérpera e orientações sobre sexualidade e planejamento familiar, juntamente às consultas de puericultura, principalmente nos primeiros 42 dias pós-parto. No caso de gestantes beneficiárias no Programa Bolsa-Família, a equipe orienta a necessidade de atualização do Cadastro Único para a inclusão de mais um membro na família, na faixa etária até seis meses, para a concessão do Benefício Variável Nutriz (BVN).

TABELA	PONTUAÇÃO
4.20	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Atenção Básica desenvolve ações regulares de planejamento familiar e oferta métodos contraceptivos.	
A equipe realiza um conjunto de ações educativas, individuais e/ou coletivas, para homens e mulheres, em especial para os adolescentes, abordando a decisão de ter filhos ou não, no contexto de seus projetos de vida. Trata de questões a respeito da fertilidade; direitos sexuais e reprodutivos, respeitando os aspectos religiosos, culturais e a diversidade da população. Aborda e oferta, de forma facilitada, métodos contraceptivos básicos (camisinhas masculina e feminina, contraceptivos orais e injetáveis); dispositivo intrauterino (DIU); diafragma; realização de laqueadura de trompas e de vasectomia; anticoncepção de emergência.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.21	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Atenção Básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (< 1 ano) ocorridos no seu território.	
A equipe de AB investiga os casos de óbito infantil ocorridos em seu território preenchendo os instrumentos de coleta de informações (ficha de investigação domiciliar e ambulatorial disponibilizadas pela SES/SMS ou MS). A equipe orienta-se pelo Manual da Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e pelo Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal do MS.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.22	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe de Atenção Básica participa de ações de identificação e enfrentamento dos problemas sociais de maior expressão local.	
A equipe participa de iniciativas de desenvolvimento comunitário em conjunto com a população e/ou movimentos sociais. Considera a necessidade de articular e integrar as agendas de intervenção para a modificação dos determinantes sociais do processo saúde–doença, realiza ações/estratégias/projetos integrados com diversos setores governamentais e não governamentais.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.23	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe atua regularmente na rede pública escolar acompanhando as condições de saúde dos educandos através de avaliação das condições de saúde.	
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio) em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda conteúdos relativos à avaliação das condições de saúde dos educandos como verificação do calendário vacinal, detecção precoce de agravos de saúde negligenciados, avaliação antropométrica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, nutricional e de saúde bucal.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.24	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe encaminha os alunos da rede pública escolar identificados com alterações nas condições de saúde para a rede de atenção à saúde.	
A equipe estabelece fluxos com a RAS para atendimento dos alunos com alterações identificadas. A equipe acompanha o aluno, ao longo da rede de atenção à saúde, apoiando a garantia do atendimento.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.25	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
A equipe atua regularmente na rede pública escolar desenvolvendo ações coletivas de prevenção de agravos e promotoras de saúde.	
A equipe desenvolve ações de saúde na escola (Creches, Pré-escolas, Ensino Fundamental e Ensino Médio), conjuntamente com a equipe de saúde bucal, em parceria com as equipes de profissionais da educação. Aborda aspectos de prevenção de agravos e promoção à saúde. Dentre as atividades desenvolvidas, as escolas contam com ações referentes à notificação da violência doméstica, sexual e outras violências; mapeamento das situações de risco de acidentes; atividades aproveitando os equipamentos sociais (ginásio de esportes, centros de convivência, praças, clubes, dentre outros) e interagindo com toda a comunidade local. Há orientação a jovens e adolescentes quanto à rede.	

TABELA	PONTUAÇÃO
4.26	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

As ações do PSE estão contempladas no Projeto Político Pedagógico das escolas acompanhadas pela equipe de atenção básica.

A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, participa das reuniões de elaboração do PPP ou as ações do PSE estão contempladas no PPP das escolas, entendendo que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade.
O PPP é um documento produzido como resultado do diálogo entre diversos setores da comunidade escolar a fim de organizar e planejar o trabalho, buscando soluções para os problemas diagnosticados.

TABELA	PONTUAÇÃO
4.27	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe trabalha de forma articulada com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.

A equipe de atenção básica, conjuntamente com a equipe de saúde bucal, planeja e realiza as ações do Programa Saúde na Escola em articulação com Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que é responsável pela gestão do PSE. Este Grupo deve ser composto por representantes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação; das equipes de AB/SF; dos educadores e equipes das escolas; dos educandos e da comunidade local. Alguns dos objetivos do GTI-M são garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das UBS; subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE e definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal, dentre outros.