IDIS
Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social

PRIMEIRA INFÂNCIA

panorama, análise e prática

Marcos Kisil e Paula Jancso Fabiani

Marcos Kisil e Paula Jancso Fabiani

PRIMEIRA INFÂNCIA

panorama, análise e prática

Colaboração
Carolina Bernardes Magalhães Baptista

São Paulo
2015

IDIS
Instituto para o
Desenvolvimento do
Investimento Social

PRIMEIRA INFÂNCIA:
panorama, análise e prática

Copyright © IDIS, 2015

Texto de acordo com as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa
(Decreto Legislativo nº 54, de 1995)

Todos os direitos reservados.
Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou duplicada
sem a expressa autorização dos autores e do editor.

Presidente: Paula Jancso Fabiani
Fundador e Consultor Estratégico: Marcos Kisil

Editor responsável: Marcos Kisil
Organização dos originais: Bruna Cenço
Revisão: Ana Drummond Guerra
Capa: Tatiane Valiengo
Projeto gráfico e editoração: Linea Editora Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Kisil, Marcos

Primeira infância : panorama, análise e prática / Marcos Kisil e Paula Jancso Fabiani ; colaboração Carolina Bernardes Magalhães Baptista. — São Paulo : IDIS-Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social, 2015.

Bibliografia.

ISBN 978-85-60904-15-0

1. Crianças - Desenvolvimento 2. Crianças - Desenvolvimento - Amazonas (Estado) 3. Educação de crianças 4. Serviços de saúde infantil I. Fabiani, Paula Jancso. II. Baptista, Carolina Bernardes Magalhães. III. Título.

15-02741 CDD-305.231

Índices para catálogo sistemático:

1. Crianças : Desenvolvimento : Psicologia social 305.231

IDIS – Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social
Rua Paes Leme, 524, cj. 161 – Pinheiros – 05424-904 – São Paulo-SP
Fone: 11 3037-8212 Fax: 11 3031-9052
comunicacao@idis.org.br
Membro da CAF International Network: construindo modelos sustentáveis de investimento social.

Visite www.idis.org.br e cadastre-se no Boletim InVista Social –
Informação estratégica para quem se interessa e faz Investimento Social

Esta obra foi impressa com o apoio da

FTD EDUCAÇÃO

Agradecemos às organizações e aos projetos cujas experiências contribuíram para a existência desta publicação:

- Fundação Bernard van Leer
- Secretaria de Estado da Educação do Acre (Asas da Florestania Infantil — Asinhas)
- Ministério da Saúde (Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis)
- FAS — Fundação Amazônia Sustentável e SUSAM — Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (Primeira Infância Ribeirinha)
- FLUPP — Fundação Lúcia e Pelerson Penido (Valorizando uma Infância Melhor)
- Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (Primeiríssima Infância)
- Secretaria Estadual da Saúde de Pernambuco (Mãe Coruja Pernambucana)
- Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (PIM — Primeira Infância Melhor)

Sumário

PREFÁCIO 9

INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO I Primeira infância como prioridade estratégica para mudar a sociedade 17

1. Mudança social 19
2. Teoria da mudança 22

CAPÍTULO II A primeira infância como janela de oportunidade 29

CAPÍTULO III Cenário internacional da primeira infância 33

1. Educa a tu hijo, Cuba 42
2. Chile Crece Contigo 46
3. Apoio ao desenvolvimento biopsicossocial 48
4. Como funciona 49

CAPÍTULO IV Panorama da primeira infância no Brasil 59

1. Mortalidade 62
   1.1 Mortalidade na infância 63
   1.2 Mortalidade infantil 64
   1.3 Mortalidade pós-infantil 66
   1.4 Mortalidade neonatal 66
   1.5 Mortalidade pós-neonatal 67
2. Subnutrição na infância 68
   2.1 Deficiências calórica e proteica 68
   2.2 Micronutrientes 69
3. Morbidade infantil 70
4. Serviços básicos 71
5. Atenção básica à saúde 71
   5.1 Assistência à gestação 71
   5.2 Assistência ao parto 73
   5.3 Assistência ao pós-parto 74
   5.4 Vacinação 75
   5.5 Atendimentos básicos à diarréia e infecções respiratórias 76
   5.6 Programa Saúde da Família (PSF) 76
6. Identificação 77
7. Aleitamento materno 78
8. Doenças congênitas 80
9. Saneamento 81
10. Índice de Desenvolvimento Infantil 82
11. Legislação brasileira 89

CAPÍTULO V Análise PEST 97

1. O que é a análise PEST 98
2. Dimensões de uma análise PEST 99
3. Programas de primeira infância como uma organização complexa 102
4. Dimensões críticas para análise PEST dos programas 106
   a. Dimensão político-legal 106
   b. Dimensão econômica 110
   c. Dimensão social 111
   d. Dimensão tecnológica 115
5. Análise PEST dos programas e projetos 119
   a. Dimensão político-legal 119
   b. Dimensão econômica 129
   c. Dimensão social 134
   d. Dimensão tecnológica 138

CAPÍTULO VI Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR) 145

1. Introdução 145
   1.1 Contexto 145
2. A realidade amazônica 149
3. Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR) 151
4. O modelo do PIR 155
5. Como o projeto opera 158
6. Desafios 159
7. Boas práticas 161
8. Conclusão 161

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 165

ANEXOS Programas para a primeira infância no Brasil..... 171

1. Programa Primeira Infância Melhor (PIM)..... 171
2. Programa Mãe Coruja Pernambucana..... 187
3. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis..... 196
4. Programa Asas da Florestania Infantil — Asinhas..... 214
5. Programa Primeiríssima Infância da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal..... 225
6. Programa VIM — Valorizando uma Infância Melhor..... 237

PREFÁCIO

A PRIMEIRA INFÂNCIA, OBJETO DESTA PUBLICAÇÃO, VEM, GRADATIVAmente, sendo mais valorizada pela sociedade brasileira e por outras sociedades ao redor do mundo. Experiências em escalas municipal, estadual e nacional já se encontram em implantação, debates sobre melhorias na legislação vigente emergem e as formações de redes de defesa dos direitos desta faixa etária sem voz na sociedade elucidam este movimento.

Esta publicação nasceu com o objetivo de compilar informações sobre estas tendências e apresentar um resumo analítico sobre os principais programas e projetos em desenvolvimento no País. E esta compilação faz parte do esforço da Fundação Bernard van Leer, com o apoio da equipe do Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS), em contribuir para o desenvolvimento da primeira infância no Estado do Amazonas. Para planejamento e implantação de um projeto na região foi mapeado o conhecimento disponível sobre a primeira infância, no Brasil e no mundo, bem como as experiências exitosas ora em andamento no Brasil, sejam de iniciativa pública, sejam de iniciativa de financiadores privados, que podem servir de inspiração e motivação para líderes no País alocarem em suas agendas o tema como prioritário.

Acreditamos que o Brasil está construindo uma sólida liderança nas Américas no desenvolvimento de políticas para a primeira infância. Nesta publicação encontramos alguns caminhos já trilhados nessa direção, bem como novas proposições que resultam desse aprendizado gerado por múltiplos atores, instituições e parceiros dessa jornada.

Os autores concluem esse esforço apresentando como as lições aprendidas dos diferentes programas brasileiros serviram de base para a concepção de um projeto piloto para as populações ribeirinhas (Projeto Primeira Infância Ribeirinha — PIR), e como este conhecimento, aliado à prática do projeto piloto, apoiaram a elaboração de uma proposta de política pública para a primeira infância do Estado do Amazonas.

Acreditamos que uma primeira infância sadia, com oportunidades para o desenvolvimento de seu potencial gerado em um ambiente familiar favorável, e com acesso a serviços básicos de proteção à infância como saúde, educação e demais serviços públicos, representa o porvir de uma sociedade justa e sustentável.

Boa leitura!

Leonardo Yanez
Fundação Bernard van Leer

INTRODUÇÃO

O progresso ocorrido ao longo da última década é indiscutível, combinando menos pobreza com maior oferta e acesso a serviços de melhor qualidade, além de propiciar melhor utilização destes serviços por parte das famílias com crianças. No entanto, mais importante do que a velocidade seja o fato de esse progresso ter sido claramente equalizante. Não só a mortalidade e a subnutrição declinaram, como também o acesso e a utilização de ampla variedade de serviços expandiram-se muito mais entre crianças de famílias com alta vulnerabilidade do que entre aquelas não vulneráveis. Declinaram também as diferenças entre as áreas rurais e urbanas e entre as regiões Norte e Nordeste, por um lado, e Sul e Sudeste, por outro. Mas, apesar do progresso substancial, a situação da primeira infância no País ainda requer considerável atenção. Garantir a estas crianças as condições básicas de vida e as oportunidades necessárias para seu desenvolvimento é, e continuará sendo, um dos maiores desafios para as próximas décadas[1].

A NATUREZA HUMANA TEM NO CÉREBRO O DESENVOLVIMENTO DOS circuitos neuronais nos três primeiros anos de vida. Este período, único na vida de cada ser, é fundamental para definir as oportuni-

dades do indivíduo ao longo de toda a vida. Desses circuitos depende a capacidade de pensar, falar, ler, desenvolver habilidades não cognitivas, etc. Desse modo, o desenvolvimento saudável do cérebro durante os primeiros anos de vida é essencial para todo o desenvolvimento biopsicossocial, gerando competências intelectuais e físicas, bem como emoções e afetividades. Essas competências, além de satisfazerem necessidades individuais e contribuírem para o bem estar próprio, tornam possível que o indivíduo contribua para que a sociedade se beneficie e se torne mais justa, mais equânime, mais produtiva, mais feliz.

É responsabilidade dos governos produzir políticas públicas adequadas de proteção para a primeira infância. E as razões são muitas.

Na área das ciências econômicas, diversos estudos recentes, especialmente o de Carneiro e Heckman[2] (2003) e Cunha[3] *et al*. (2005), demonstram que o retorno dos investimentos em capital humano declina exponencialmente durante o ciclo de vida, sendo mais alto nos primeiros anos. Quanto mais cedo na vida humana investimos no seu desenvolvimento, maior o potencial de impacto positivo deste investimento e de investimentos posteriores que só são úteis quando os indivíduos beneficiários possuem uma base neural não comprometida. Por exemplo, a falta de estímulo neste período de vida poderá comprometer todos os processos de aprendizagem de uma criança durante o ciclo básico de educação[2,3].

A Figura 1 ilustra a relação entre os gastos em programas após os primeiros anos, pertinentes aos problemas de aprendizagem, de comportamento e a saúde durante todo o ciclo da vida, e os gastos durante os anos vitais do desenvolvimento do cérebro[4].

Numa publicação de Rob Grunewald e Arthur Rolnick[5] (2003), são apresentadas evidências de que o investimento no desenvolvi-

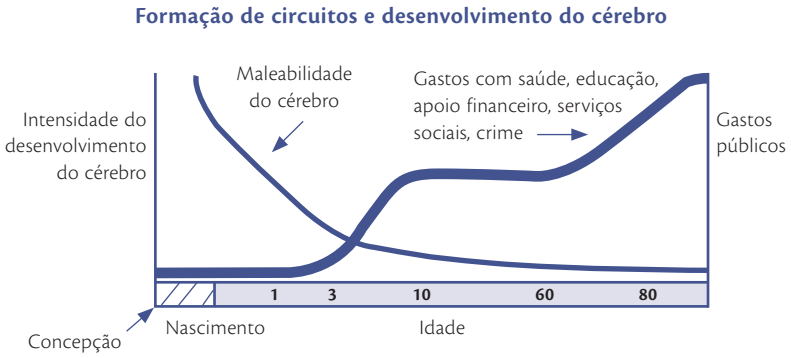


FIGURA 1. Desenvolvimento do cérebro — oportunidade e investimento

mento infantil é muito produtivo, porém raramente relacionado ao desenvolvimento econômico de um país. Estudos longitudinais em projetos de pequena escala (Perry Preschool, Abecedarian Project, Chicago Child-Parent Centers and Elmira Prenatal/Early Infancy Project) demonstram o extraordinário retorno potencial de se investir nos primeiros anos de vida de um indivíduo, que pode alcançar até 17% (ajustado à inflação) ao ano, dos quais o retorno para o governo chega a 13%[5].

A preocupação com a primeira infância no Brasil é um fenômeno relativamente recente. Um primeiro esforço sistemático de atenção ao tema é evidente no programa Primeira Infância Melhor (PIM), idealizado e implantado pela Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Inicialmente, de maneira tímida, o tema passa a ser preocupação de um grupo de profissionais e organizações, que, ao constituírem a Rede Nacional Primeira Infância, aceleram progressivamente a importância do tema usando meios para conscientizar e influir nas

políticas públicas. A rede defende e promove os direitos da criança até seis anos de idade. Assim, outras experiências foram surgindo ao longo da primeira década deste século: Programa Mãe Coruja Pernambucana, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, Quatro Trevos, Asas da Florestania Infantil — Asinhas, Primeiríssima Infância, dentre outros que se juntaram ao esforço pioneiro do PIM.

Porém, a sociedade brasileira ainda carece de uma política que coloque a criança brasileira em seus anos iniciais de vida como uma população prioritária para o próprio desenvolvimento dessa mesma sociedade. Segundo dados publicados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), nascem a cada ano mais de três milhões de crianças no País e, por isso, hoje existem quase 20 milhões de crianças com até seis anos, número que representa 10% da população brasileira[1].

Segundo o Censo de 2010[6], o qual reafirma os dados do IPEA, o Brasil tem 19.622.565 crianças de zero a seis anos, conforme mostra o recorte específico da faixa etária da tabela a seguir.

Este trabalho busca apresentar a importância de se priorizar a primeira infância como base de toda política pública aplicada em todos os níveis de governo, bem como sua relação direta com o desenvolvimento de uma sociedade justa e sustentável. Esta publicação é organizada em capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a importância estratégica do tema para o desenvolvimento da sociedade por meio do enfoque na mudança social e a relevância de se criar uma Teoria de Mudança, na qual são delineados caminhos para elaboração de um mapa de mudança na sociedade que prioriza a primeira infância. Na sequência, as bases de conhecimentos trazidas por diferentes ciências, especialmente a neurociência e a economia, apresentam evidências que reforçam a importância de

Grupos de idade	População residente								
	Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio					
				Urbana			Rural		
				Total	Sexo		Total	Sexo	
					Homens	Mulheres		Homens	Mulheres
Total	**190.755.799**	**93.406.990**	**97.348.809**	**160.925.804**	**77.710.179**	**83.215.625**	**29.829.995**	**15.696.811**	**14.133.184**
0 a 4 anos	13.796..158	7.016.987	6.779.171	11.301.148	5.745.124	5.556.024	2.495.010	1.271.863	1.223.147
Menos de 1 ano	2.713.244	1.378.532	1.334.712	2.246.034	1.141.784	1.104.250	467.210	236.748	230.462
1 ano	2.694.909	1.369.425	1.325.484	2.217.676	1.126.489	1.091.187	477.233	242.936	234.297
2 anos	2.726.957	1.387.143	1.339.814	2.230.049	1.133.749	1.096.300	496.908	253.394	243.514
3 anos	2.790.782	1.419.295	1.371.487	2.274.677	1.156.130	1.118.547	516.105	263.165	252.940
4 anos	2.870.266	1.462.592	1.407.674	2.332.712	1.186.972	1.145.740	537.554	275.620	261.934
5 a 9 anos	14.969.375	7.624.144	7.345.231	12.135.285	6.169.531	5.965.754	2.834.090	1.454.613	1.379.477
5 anos	2.931.988	1.493.253	1.438.735	2.381.803	1.211.695	1.170.108	550.185	281.558	268.627
6 anos	2.894.419	1.472.635	1.421.784	2.349.036	1.193.318	1.155.718	545.383	279.317	266.066
7 anos	2.959.192	1.506.828	1.452.364	2.394.880	1.217.869	1.177.011	564.312	288.959	275.353
8 anos	2.995.612	1.528.003	1.467.609	2.422.432	1.232.734	1.189.698	573.180	295.269	277.911
9 anos	3.188.164	1.623.425	1.564.739	2.587.134	1.313.915	1.273.219	601.030	309.510	291.520

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Nota: Dados obtidos pela pesquisa do Universo.

TABELA 1. População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade — Brasil — 2010

políticas de atenção a esse grupo etário como uma janela de oportunidade para um país. Pesquisas recentes servem de base para comprovar o retorno expressivo dos investimentos em políticas para as crianças desde o útero e nos primeiros anos de vida de um novo ser. No Capítulo III apresentamos o cenário internacional e as experiências de outros países ilustrando como se dá a evolução do tema no mundo. No Capítulo IV é apresentado um panorama das condições de vida das crianças no Brasil e a legislação brasileira relativa à primeira infância. Na sequência, analisamos, utilizando a metodologia PEST, os casos brasileiros documentados publicamente que poderiam embasar a formulação de uma política pública e que poderiam levar à escala experiências exitosas realizadas com populações e comunidades específicas. No Capítulo VI é apresentado o Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR), que é um projeto-piloto criado para gerar evidências e uma tecnologia social para a elaboração de uma política pública para o Estado do Amazonas, que busca focar nas populações em seus primeiros anos de vida e incluir o atendimento das populações em condições geográficas em que o acesso a serviços se torna naturalmente complexo.

CAPÍTULO I

Primeira infância como prioridade estratégica para mudar a sociedade

QUANDO SE OBSERVA A REALIDADE BRASILEIRA, ESPECIALMENTE AS estatísticas que afetam os diferentes grupos populacionais de acordo com as macrorregiões, é possível constatar os desequilíbrios existentes na oferta de oportunidades para o desenvolvimento pleno do grupo populacional que hoje conhecemos como primeira infância, contemplando o período que vai desde o útero materno até os seis anos de idade. Neste sentido, devemos entender a importância estratégica para uma sociedade em valorizar políticas públicas que atendam de maneira universal os direitos de todas as crianças de receberam os cuidados adequados ao seu desenvolvimento integral neuro, psíquico e motor. E, como em qualquer outra área, essas políticas devem ser factíveis e viáveis. No primeiro caso devem ser baseadas em evidências científicas e empíricas que demonstrem que as ações propostas podem resultar no impacto esperado; no segundo

caso, devem demonstrar que os recursos utilizados são investimentos que se justificam dentro de uma visão macroeconômica de custos de oportunidades que geram eficiência, eficácia e efetividade para toda a sociedade.

Neste sentido, particularmente nos últimos vinte anos, temos o benefício do crescente número de pesquisas na área de neurociências aclarando como se dá o processo de desenvolvimento do sistema neurológico e suas relações com a aquisição do conhecimento, da linguagem, do pensamento abstrato, das habilidades e também dos elementos afetivos e comportamentais que determinarão as chances de uma criança se tornar um adulto independente, com capacidade de decidir e de exercitar o seu potencial como cidadão partícipe do seu destino bem como de toda a sociedade da qual faz parte. Com base nessas evidências científicas surgiram iniciativas concretas de desenvolvimento da primeira infância em diferentes países e regiões. Embora ainda pouco disseminadas, essas iniciativas estão gerando conhecimentos e práticas que podem e devem contribuir para consolidar políticas públicas em favor da primeira infância, como os casos que aqui foram selecionados e que se desenvolvem na realidade brasileira.

Assim, se justificam as perguntas: o que é necessário fazer para o atendimento adequado da primeira infância como elemento estratégico para o desenvolvimento da sociedade brasileira? Como a valoração da primeira infância é tomada por essa sociedade? O que é necessário ***mudar*** para que a primeira infância se torne uma prioridade e importante elemento do desenvolvimento?

1. MUDANÇA SOCIAL

Entendemos que a mudança social dá-se quando se alteram as estruturas básicas que compõem um grupo social ou toda a sociedade. Giddens[7] (1997) considera duas tentativas gerais mais conhecidas para interpretar a mudança social: o evolucionismo social e o materialismo histórico. Para ambas a mudança social deriva principalmente da forma como os seres humanos se relacionam com o meio ambiente material.

O materialismo histórico surge com Marx e Engels e, segundo essa teoria, as sociedades evoluíram, fundamentalmente, devido às mudanças verificadas ao nível da infraestrutura econômica em interação com a superestrutura. Para Marx, "todas as sociedades assentam numa base econômica (a infraestrutura) e as mudanças tendem a comandar as alterações na superestrutura (instituições políticas, legais e culturais)"[7].

A teoria do evolucionismo foi apresentada por H. Spencer, sociólogo e filósofo inglês, nascido em 1820 e falecido em 1903. Aplicou o conceito de evolução não só à biologia, mas também à psicologia, à sociologia, à ética e à política. Ele se inspirou na teoria da evolução das espécies, segundo a qual as sociedades passam for fases ou etapas até atingirem o nível de civilização ocidental que conhecemos.

Essas duas posições permitem distinguir evolução social de mudança social. "A evolução social é o conjunto das transformações sofridas por uma sociedade durante um período longo"[8]. Diz respeito a tendências seculares ou gerais na marcha da História. Já a "mudança social consiste em transformações observáveis e verificáveis em períodos de tempo mais curtos. [...] Além disso, a mudança social

está mais localizada geográfica e sociologicamente: duma maneira geral é possível observá-la numa área geográfica ou num quadro sociocultural mais limitado que a evolução social"[8].

Acreditamos que a preocupação de uma sociedade com um grupo populacional particular, conhecido como primeira infância, pode e deve se tornar uma prioridade como mudança social a ser buscada. Para tanto, essa mudança necessita atender a quatro características elencadas por Rocher[8] (1989):

- Trata-se de um fenômeno que deve implicar uma coletividade ou um setor apreciável desta; deve afetar as condições ou as formas de vida.
- Deve ser uma mudança da estrutura, de modo a ser possível observar uma modificação da totalidade ou de certos componentes da organização social.
- Supõe a possibilidade da sua identificação no tempo. Pode-se dizer que é a partir desse ponto de referência que houve mudança e o que é que mudou.
- Toda a mudança social tem de dar provas duma certa permanência; as transformações observadas não podem ser efêmeras ou superficiais.

Assim, podemos definir a mudança social "como sendo toda a transformação observável no tempo, que afeta, duma maneira permanente, a estrutura ou o funcionamento da organização social de uma dada coletividade e modifica o curso da sua história"[8].

Outro elemento que deve ser considerado é a existência de uma inter-relação entre o plano social e o plano cultural, de modo que, quando falamos em mudança social, estamos, simultaneamente,

falando em mudança cultural. Isto porque novos valores, novas perspectivas, novas oportunidades podem e devem resultar no entendimento e no comportamento dos membros da sociedade para com a primeira infância envolvendo pais, cuidadores, profissionais, políticos, instituições e toda a sociedade.

Os casos presentes nesta publicação foram identificados e acessados buscando-se as características acima elencadas. Como as situações de mudança social são tão diversificadas quanto os seus fatores e condições onde se realizam, é imperiosa a necessidade de que cada caso concreto seja tomado na sua especificidade. Isto não impede considerar os fatores de influência contextuais que agem a favor ou contra a mudança desejada, como é o caso de fatores naturais como as mudanças demográficas ou fatores de caráter econômico, político, social e tecnológico.

Rocher[8] define as condições de mudança como sendo "elementos da situação que favorecem ou desfavorecem, encorajam ou atrasam a influência de um ou vários fatores de mudança [...] permitindo que os fatores positivos exerçam a sua influência ou, pelo contrário, fatores negativos tenham suas influências impedidas".

Ainda, são as pessoas, os grupos, as instituições que introduzem a mudança, apoiando ou se opondo, constituindo-se, deste modo, os agentes da mudança. "São os atores e os grupos, cuja ação é animada por fins, interesses, valores, ideologias, que têm impacto sobre o dever duma sociedade"[8].

2. TEORIA DA MUDANÇA

Uma vez definida a necessidade de uma mudança surge, então, a necessidade de definir o que é a mudança. Para tanto, em cada caso deve ser pontuado por que mudar, o que mudar, como mudar, estabelecendo os tipos de intervenções que influenciam ou determinam os resultados futuros da mudança. Sem essas definições fica impossível estabelecer o processo de mudança, criar os indicadores de monitoramento e avaliação e, assim, saber se as mudanças trouxeram os impactos esperados. Desta forma, essas definições compõem o que hoje conhecemos como *teoria da mudança* com todos os blocos de construção necessários para provocar uma mudança de longo prazo.

É importante salientar que a finalidade primordial da ciência não é formular hipóteses mas, sim, sistematizar teorias e que teoria não é pura e simplesmente uma coletânea de hipóteses. Teoria é um conjunto de hipóteses coerentemente interligadas tendo por finalidade explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio do conhecimento que explique uma realidade observada. A verdade é que nem sempre é fácil encontrar teorias que ao mesmo tempo sejam simples e de amplo espectro ou que possam ser entendidas igualmente pelos interessados.

Ter uma *teoria da mudança* representa estabelecer um roteiro para chegar à mudança pretendida. Se este roteiro é bom e completo, e pode ser compreendido por outras pessoas, passa a ser um instrumento facilitador de apoio de outros grupos sociais, e, assim, permitir uma maior chance de que a mudança ocorra. Para tanto, espera-se que os formuladores de uma teoria sejam claros sobre

metas de longo prazo, existência de indicadores mensuráveis de sucesso, e descrição das ações formuladas para atingir metas intermediárias e finais. Este conjunto de blocos de construção uma vez conectado resulta num mapa que é uma representação gráfica do processo de mudança.

Sabemos que muitas vezes essa teoria não é adequadamente desenvolvida, incluindo os próprios casos que selecionamos para esta publicação. Isto porque os formuladores muitas vezes se utilizam de oportunidades políticas para definição e implantação de seus projetos ou programas. Assim, não tiveram o tempo necessário para considerar que: (a) a mudança leva tempo; (b) os sucessos nem sempre são reconhecidos quando ocorrem; e (c) não temos o rigor de relacionar os sucessos dentro de uma cadeia de causa/efeito. E mesmo que tenham sucesso em enfrentar essas dificuldades, muitas vezes pecam por não saber comunicar exatamente o que se buscavam realizar. Esta questão se torna mais complexa quando a mudança exige outros parceiros estratégicos essenciais para o sucesso da implantação da mudança desejada.

Todos os casos reunidos neste documento buscaram desenvolver suas teorias de mudança, expressando com objetividade ou claridade maior ou menor, filosofias, princípios ou valores que refletem políticas de direitos humanos, e especialmente o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Com base em cada realidade em que estão sendo desenvolvidas, estas experiências também refletem um diagnóstico de necessidades a serem supridas, bem como o próprio contexto sociocultural das comunidades atendidas. Essas mudanças desejadas afetam não só a população da primeira infância, mas também suas famílias, cuidadores ou profissionais, a própria comunidade e também as instituições públicas e privadas que se relacio-

nam com essa mesma população. Embora a criança seja o foco, sua dependência da família e instituições comunitárias exige a presença desses focos intermediários.

A tabela abaixo exemplifica elementos presentes numa teoria de mudança e os impactos que buscam gerar, tanto em níveis individual quanto populacional, bem como mudanças na influência que podem resultar na busca de parcerias e conexões.

Área Resultado	Amostra de Resultados
Mudanças de Entendimento	• Aumento da visão entre os pais de que as instituições locais que atendem a primeira infância são "espaços" positivos para as famílias. • Maior desejo das famílias em se envolver com a mudança na sua comunidade. • Aumento na crença das famílias de que seus filhos terão um futuro melhor. • Aumento do interesse de profissionais de diferentes áreas pela primeira infância.
Mudanças nos Conhecimentos	• Maior conhecimento sobre a realidade de sua comunidade e dos recursos já disponíveis. • Maior conhecimento dos pais e cuidadores sobre etapas e indicadores do desenvolvimento da criança. • Maior chance de o conhecimento científico existente ser utilizado pelos profissionais que atendem a população na primeira infância.
Mudanças em Comportamento	• Pais e cuidadores querem saber mais sobre os fatores que interferem no desenvolvimento infantil. • Pais e cuidadores se interessam em conhecer as condições dos serviços que atendem suas crianças. • Pais e cuidadores se preocupam com o contexto onde suas crianças nascem e crescem.

TABELA 2. Elementos presentes numa teoria de mudança e os impactos que buscam gerar.

Tabelas similares podem ser produzidas para mostrar os impactos desejados atendendo diferentes necessidades tais como: dar vi-

sibilidade ao tema da primeira infância, buscar influenciar o estabelecimento e a implantação de políticas públicas, definir os papéis dos profissionais de diferentes campos em suas atuações em prol da criança, definição de modelos de serviços para ofertar aos pais e às crianças o acesso aos conhecimentos e práticas disponíveis.

Os esforços em melhor descrever os elementos de uma teoria de mudança são encorajadores de um processo de avaliação do impacto na sociedade.

Entendemos a avaliação de impacto social como o processo de coleta de dados e informações, análise, monitoramento e gestão das consequências sociais pretendidas e não pretendidas, positivas ou negativas, de intervenções planejadas (políticas, programas, planos, projetos) que determinam mudanças sociais provocadas por essas intervenções, que, em princípio, desejam criar um contexto mais justo e sustentável. Para tanto, é necessário observar alguns aspectos mais relevantes:

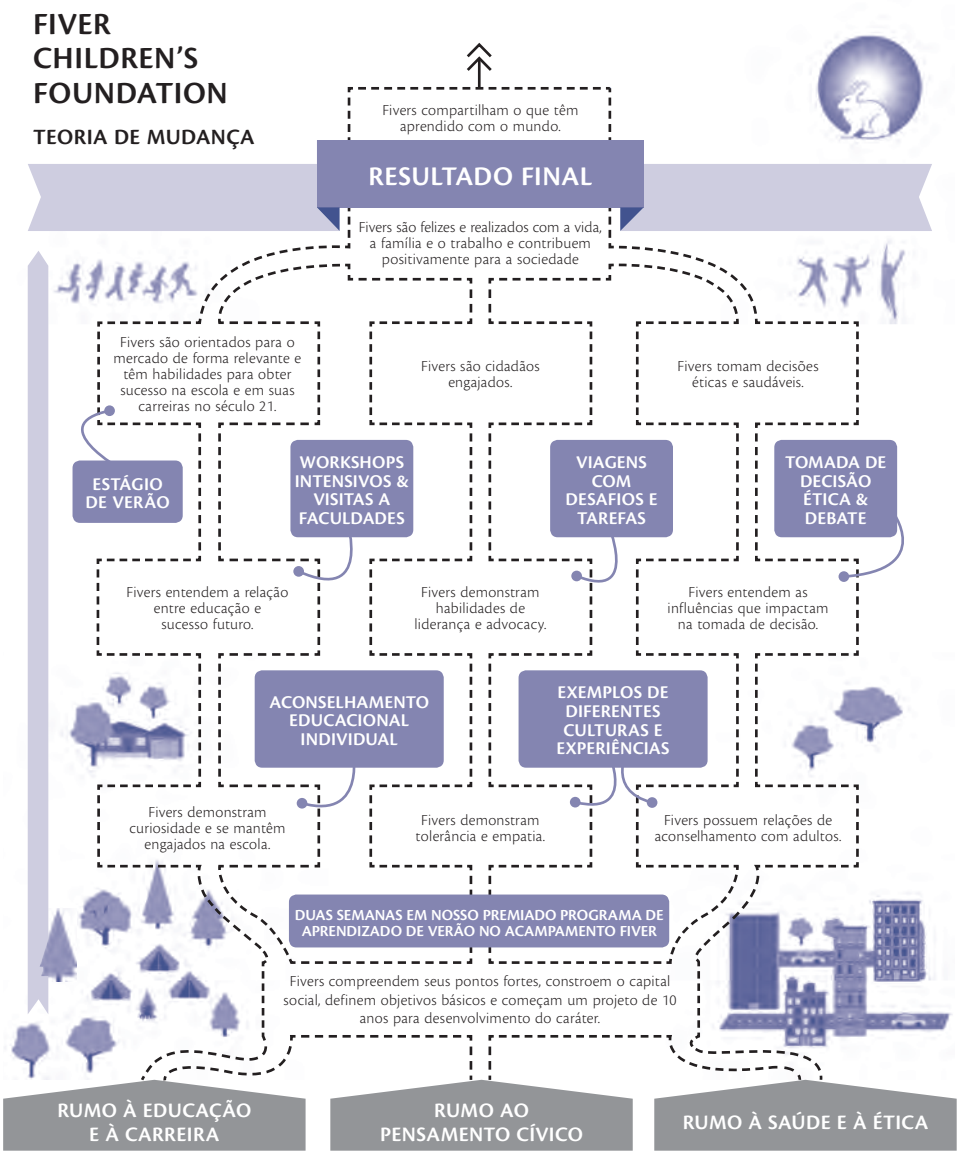
- A preocupação central deve ser focada no compromisso com o desenvolvimento e na obtenção dos melhores resultados dele resultante, e não simplesmente buscar a identificação ou mitigação de efeitos negativos.
- A metodologia de avaliação a ser utilizada depende do que se busca de impacto, e pode envolver uma ampla gama de indicadores pré-definidos.
- Importância deve ser dada ao conhecimento local e aos processos participativos para análise das informações coletadas.

Deve também ser reconhecido que existem limitações para a aferição de impacto já que:

- Os problemas estruturais que se pretende enfrentar com as atividades propostas por uma teoria de mudança podem ser de tal ordem que inviabilizam uma definição mais rigorosa de que mudança pode acontecer.
- Muitas vezes os programas e projetos são definidos com base em objetivos múltiplos que podem ser inconsistentes em suas metas.
- É comum encontrar a definição das metas durante o próprio processo de implantação, e não durante a fase de planejamento. Muitas vezes isto ocorre como resultado da aprendizagem que a organização proponente vai adquirindo à medida que desenvolve o programa ou projeto.
- Outra dificuldade é a que resulta da tecnologia que deveria ser utilizada nos programas e projetos sociais. Essa tecnologia pode não ser adequadamente conhecida, ou a relação entre os insumos utilizados e os processos requeridos não são adequados para as metas que se pretende atingir.

A seguir, colocamos um caso que serve de ilustração do resultado da confecção de um mapa de mudança que permite à organização definir estrategicamente o que busca e os resultados que espera alcançar.

Assim, empreender mudanças sociais implica em aliar teoria, prática, avaliação, revisão e replicação. Em resumo, uma boa teoria de mudança incorpora quatro elementos-chave: premissas, o mapa da mudança, indicadores de resultados e impactos, e as intervenções que devem ser implantadas. As premissas representam as razões lógicas que resultam das informações científicas e empíricas sobre o objeto da mudança, tecnologias necessárias, recursos humanos adequados e disponibilizados, recursos financeiros necessários, modelos de organização e gestão para o sucesso da mudança. O mapa é a



Além de virem de circunstâncias economicamente desfavoráveis, os Fivers enfrentam outros grandes desafios relacionados à pobreza: mais da metade das crianças é criada por pais solteiros e muitas tiveram que aprender inglês como segunda língua e se adaptar a uma nova cultura. Grande parte vem de um grupo familiar sem ensino superior ou carreira profissional; tendo poucos exemplos de persistência acadêmica, espera ser o primeiro da família a frequentar a faculdade.

parte central da teoria. Reflete os resultados que são necessários para alcançar a mudança desejada (resultado de longo prazo). Os indicadores devem ser definidos para que possam refletir o que se busca em cada etapa do mapa. As questões-chave que orientam a construção dos indicadores são: qual o objeto da mudança (o que queremos mudar?); qual o tamanho da mudança que deve ocorrer em cada indicador selecionado para medir os resultados e impactos; e quanto tempo será necessário para criar a mudança desejada em cada indicador. As intervenções são as atividades ou programas que devem ser realizados para atingir os resultados específicos que fazem parte do mapa de mudança. Estas atividades em seu conjunto definem o modelo de intervenção proposto para mudar a realidade vigente.

Os programas e projetos que são apresentados nesta publicação representam uma amostra importante do quanto a primeira infância avançou como área de interesse tanto de governo quanto de entidades da sociedade civil. Todos eles representam propostas para mudar a realidade da primeira infância. Embora nenhum dos casos possa descrever corretamente a sua teoria de mudança, nem mesmo o impacto dela resultante, as informações colhidas de diferentes fontes mostram que o tema já se configura como relevante e seu impacto na sociedade está em progresso. Embora ainda não se tenha uma política pública que se aplique a toda sociedade brasileira, é indiscutível o avanço que se conseguiu particularmente na última década, seja devido ao envolvimento do Governo Federal (Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis) e governos estaduais (PIM, Mãe Coruja Pernambucana, PIR, Asinhas) quanto da sociedade civil (Rede Nacional da Primeira Infância) e de investidores sociais privados tanto internacionais (Fundação Bernard van Leer) quanto nacionais (Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e Fundação Lúcia e Pelerson Penido).

CAPÍTULO II

A primeira infância como janela de oportunidade

EMBORA O CÉREBRO SE DESENVOLVA E SE ADAPTE AO LONGO DA VIDA, a maior parte do seu desenvolvimento ocorre no período fetal e na primeira infância, o que reforça a importância dessa fase. É neste período que os circuitos neuronais do cérebro são formados e reforçados com o uso repetido, ou então perdidos.

Estudos da neurociência já comprovaram que, logo ao nascer, a criança já possui a maior parte das células cerebrais ou neurônios. Tais células cerebrais, por ainda não estarem interligadas nessa fase, permitem a formação de redes ou sinapses resultantes de diversos estímulos para que a complexidade do pensamento, do conhecimento, das habilidades e das atitudes que o ser humano utilizará para o resto da vida seja desenvolvida. É importante ressaltar que até os seis anos, 90% das sinapses cerebrais são formadas.

Os estudiosos concluíram ainda que nos primeiros anos da infância há períodos em que o cérebro requer determinado tipo de estímulo para criar e estabilizar algumas estruturas duradouras. Essa

atividade ocorre em períodos determinados críticos e de sensibilidade, o que os cientistas chamam de "janelas de oportunidades." Dessa forma, foram classificadas algumas ações nesses períodos:

- No que se refere ao desenvolvimento da visão, o período considerado crítico, ou janela de oportunidade para a estabilização desse sentido, ocorre nos primeiros meses após o nascimento.
- A estabilidade emocional é profundamente afetada pelo modo como o cérebro se desenvolve nos dois primeiros anos de vida.
- O potencial do vocabulário é determinado por palavras filtradas antes dos três anos de idade.
- As bases neurológicas para a matemática e lógica são estabelecidas antes dos quatro anos.
- Até os quatro anos de idade, metade do potencial mental que a criança terá na sua vida adulta é atingida.
- Segundo cientistas do Baylor College of Medicine, crianças que não brincam muito ou raramente são tocadas desenvolvem cérebros 20% a 30% menores do que o normal para a sua idade.
- Características como autoestima, resiliência, senso de moralidade, responsabilidade, empatia, capacidade de aprendizado, relacionamento social e aspectos fundamentais da personalidade já estão formadas aos seis anos de idade.

Dentro desse contexto, também é importante destacar que para o ótimo desenvolvimento do cérebro, a nutrição adequada e a qualidade da estimulação produzida são fatores indispensáveis.

Crianças que são incitadas a construir relações e a interagir de forma saudável com as pessoas ao seu redor e que lhes cuidam bem se tornam mais bem preparadas, tanto psicologicamente quanto

biologicamente para aprender e trabalhar estresses ou intercorrências do dia a dia.

Ambientes estressantes prejudicam a maturação do sistema neurológico da criança e, por isso, permitir que o seu desenvolvimento aconteça de forma estruturada e com intervenções adequadas ainda nessa fase de maturação do cérebro favorece o enriquecimento da cognição, memória e de toda a estrutura de desenvolvimento cerebral[1,9].

Complementarmente, além das evidências dos neurocientistas em relação à importância que deve ser dada à primeira infância, economistas, cientistas políticos e cientistas sociais já concluíram que os programas voltados ao desenvolvimento da primeira infância são a melhor maneira de se investir em capital humano necessário para o desenvolvimento econômico[10].

Alguns estudos mostraram que investir em creches e pré-escolas aumenta em 18% o poder de compra dessas crianças quando estiverem na idade adulta[9]. Somado a este fato, o desenvolvimento da primeira infância, portanto, constitui-se como a base para a formação do capital humano, tem o índice mais elevado de retorno em termos de desenvolvimento econômico e, ainda, é a forma mais custo-eficiente de reduzir as desigualdades sociais, a pobreza e de construir uma sociedade mais sustentável[9, 10].

Também de acordo com as pesquisas, crianças que participam de programas de desenvolvimento da primeira infância têm melhor desempenho escolar e também na vida. Adicionalmente, o retorno deste tipo de investimento é, comprovadamente, maior do que qualquer outro relacionado a investimentos na infraestrutura de um país. O retorno sobre o investimento em programas de desenvolvimento da primeira infância de qualidade alcança 7% a 16% ao ano

e uma criança que frequenta por um ano a pré-escola aumenta em 7% a 12% a sua capacidade de renda quando adulto[10].

Em vista de todos os argumentados apresentados, a importância da primeira infância fica em evidência. Proporcionar segurança, ambientes saudáveis, alimentação adequada, prevenção e tratamento de infecções e doenças, práticas de parto seguras, proteção, estímulos de variadas naturezas e experiências positivas às crianças são ações capazes de definir a trajetória para uma vida saudável e produtiva.

Tais estudos, por sua vez, fornecem um fundamento científico capaz de influenciar a aplicação de abordagens inovadoras para proteger e nutrir o cérebro em sua fase inicial de vida.

Considerando as oportunidades sociais e econômicas dessas abordagens, colocar em pauta o desenvolvimento da sociedade, mais especificamente o desenvolvimento econômico, traz a reflexão de que é necessário compreender as pessoas e seus contextos, pois elas são o principal ativo e principal objetivo do desenvolvimento em todos os níveis. As políticas públicas, em sua maioria, têm dado visibilidade ao desenvolvimento econômico e considerado que as pessoas são automaticamente beneficiadas por ele. No entanto, os benefícios decorrentes desse desenvolvimento não atingem todas as camadas da população e as comunidades mais vulneráveis diluem-se em meio às estatísticas nacionais, gerando seu maior afastamento. A fim de fazer com que essa realidade torne-se concreta, a implantação de políticas públicas que assegurem o desenvolvimento da primeira infância para quaisquer crianças pode ser um grande passo no estreitamento da relação entre o desenvolvimento econômico e o desenvolvimento social. O desenvolvimento econômico futuro depende do desenvolvimento sadio das crianças no presente.

CAPÍTULO III

Cenário internacional da primeira infância

HÁ ALGUNS ANOS, A EDUCAÇÃO OFERECIDA E OS CUIDADOS VOLTADOS à primeira infância ganharam atenção e destaque nos países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Adicionalmente, a preocupação com a igualdade social fez com que as atenções se voltassem à garantia do acesso das crianças a serviços de qualidade, para futuramente amenizar as consequências negativas advindas de condições desfavoráveis de trabalho e propiciar a integração social[11].

Para a maioria dos governos é necessário ofertar serviços que não despendam altos custos e que sejam suficientemente capazes de prover educação e cuidado às crianças, incentivar a igualdade de oportunidades entre gêneros no mercado de trabalho e viabilizar a conciliação do trabalho com as responsabilidades familiares. Mais especificamente, é preciso reconhecer que o acesso equitativo das crianças à educação e ao cuidado qualificado potencializará sua aprendizagem para o resto da vida e colaborará com o suprimento das várias necessidades educativas e sociais das famílias[11].

No contexto internacional, a discussão não está mais alicerçada no fato de como os governos participarão da educação e do cuidado na primeira infância, mas, sim, em como irão planejar e elaborar políticas organizadas para ofertar serviços, com a finalidade de trazer benefícios tanto para as crianças quanto para suas famílias[11].

Não obstante, o que se pode observar é uma verdadeira fragmentação dos serviços oferecidos para a primeira infância e a falta de coerência em suas atividades para as crianças e as famílias[11, 12]. As instituições de educação e de cuidados diferem significativamente em relação a necessidades de financiamento, procedimentos operacionais, referenciais reguladores, capacitação e qualificação de pessoal.

Outra visão que limita o desenvolvimento da primeira infância e que fragmenta, novamente, os serviços de cuidados não parentais é a de governos que se isentam da responsabilidade pública para com a temática e creditam somente aos pais as obrigações em suprir as necessidades das crianças nessa fase da vida. Dessa forma, os serviços de cuidados não parentais acabam sendo requeridos de provedores privados e cuidadores individuais, porém, coloca-se em questão a disponibilidade de recursos dos pais para custear esses programas. Evidentemente, nem todos conseguem contratar esse tipo de serviço, ficando à mercê de iniciativas mantidas pelo governo[12].

Em países analisados pela OCDE como Austrália, Canadá, Coréia do Sul, Estados Unidos, Holanda, Irlanda e Reino Unido, há o reconhecimento da responsabilidade pública pela educação pré-escolar dos três aos cinco anos. Em contrapartida, os arranjos de cuidados para crianças menores de três anos são considerados responsabilidade dos familiares e, conforme a renda e/ou a necessidade de estimular a inserção da mulher no mercado de trabalho, os pais podem ter ou não auxílio de instituições privadas[12].

Na tentativa de melhorar a integração e o fluxo dos serviços de atendimento para crianças do nascimento aos seis anos de idade, estudos da OCDE sugerem alguns pontos-chave de políticas bem-sucedidas no que se refere à educação e ao cuidado das crianças. São eles[11, 12]:

- Estabelecimento de um referencial coordenado de políticas para crianças em níveis centralizado e descentralizado, ou seja, criar uma abordagem sistêmica e integrada de desenvolvimento e de implantação das políticas, a qual considere as diferentes necessidades das crianças e suas respectivas famílias.
- Indicação de um ministério líder para crianças, o qual fique responsável por elaborar as políticas gerais e trabalhar, concomitantemente, em cooperação com outros departamentos e setores.
- Adoção de uma abordagem de colaboração e participação.
- Estabelecimento de vínculos sólidos entre os serviços, os profissionais e os pais em cada comunidade.
- Abordagem universal do acesso à educação e cuidado, com atenção particular às crianças com necessidades especiais para garantir o acesso equitativo. Isso tem a finalidade de proporcionar as mesmas oportunidades e benefícios para qualquer criança, independentemente do poder aquisitivo da sua família, do emprego dos pais, das necessidades educativas especiais ou das origens étnicas e sociais.
- Substanciais investimentos públicos nos serviços e na infraestrutura para potencializar e maximizar as ações em primeira infância.
- Aprimoramento e garantia da qualidade dos serviços oferecidos, envolvendo a participação dos pais, crianças e profissionais que estão inseridos nesse contexto.

- Condições de trabalho adequadas para os profissionais em todas as modalidades dos serviços oferecidos.
- Atenção sistemática à coleta de dados e ao monitoramento dos serviços oferecidos, para que seja possível identificar e corrigir as eventuais lacunas e desvios existentes.
- Estruturação de uma área estável de pesquisas, para que se possa atualizar os conteúdos curriculares a inovarem as atividades e manter um padrão de qualidade nos serviços oferecidos à primeira infância.

Estas conclusões deixam claro que, nos países-membros da OCDE, a educação e o cuidado dispensados à primeira infância são conceitos indissociáveis e deverão, necessariamente, ser considerados nos serviços de qualidade designados às crianças. Portanto, a abordagem integrada e coerente de uma política e de serviços que incluam todas as crianças e seus pais, independentemente de seu poder aquisitivo, é a melhor forma de se investir na primeira infância. Essa abordagem reconhece também que a legislação poderá atender a uma ampla gama de objetivos, inclusive o atendimento, a aprendizagem e o apoio social[11].

Para o Banco Mundial, o desenvolvimento da primeira infância está intimamente ligado ao desenvolvimento social e econômico e, mais ainda, à redução da pobreza, seu objetivo principal. A promoção e o apoio a programas de desenvolvimento da primeira infância são uma prioridade para o Banco e dentre as temáticas apoiadas estão a distribuição de serviços para as crianças, a educação e o apoio aos pais, o treinamento e desenvolvimento dos professores e cuidadores, o desenvolvimento das comunidades, o fortalecimento de recursos institucionais e da capacidade do desenvolvimento da primeira in-

fância, o uso de meios de comunicação de massa para aumentar a consciência sobre o desenvolvimento da primeira infância[10].

Inicialmente, o Banco Mundial empresta recursos para os projetos aprovados, acumula e compartilha conhecimentos acerca do tema, promove a consciência entre as comunidades e o público sobre os benefícios do desenvolvimento da primeira infância, desenvolve competência para os programas, oferece assistência técnica aos governos, organizações e projetos e aconselha sobre as políticas que afetam a primeira infância[10].

Após essas atividades, para a obtenção de sucesso e da sustentabilidade das ações, os programas de desenvolvimento da primeira infância, segundo o Banco Mundial, devem estar integrados e oferecer serviços sociais e educacionais diversos, ser culturalmente relevantes e moldados às crianças e às famílias da comunidade, envolverem ativamente os líderes comunitários e os pais e, por fim, ser apoiados por instituições locais, regionais e nacionais. Apesar de todos esses critérios, o Banco Mundial pondera que não existe um modelo único que seja aplicável em qualquer região. É importante considerar a heterogeneidade das comunidades e adaptar o programa a cada contexto de vida[10].

Em termos financeiros, o Banco Mundial já emprestou, até o momento, mais de um bilhão de dólares para apoiar diversos programas de desenvolvimento e cuidado à primeira infância em todo o mundo, incluindo países como Bolívia, Colômbia, Brasil, El Salvador, Índia, Indonésia, Nigéria, Uganda, Marrocos e Cazaquistão. Além de manter um ***website*** em atividade com material disponível sobre os primeiros anos da infância, distribui periódico e promove o tema em publicações e conferências regionais e globais. O Banco Mundial está num patamar importante do debate sobre a primeira infância e,

adicionalmente, representa força e pressão para muitas organizações, as quais o enxergam como protagonista central da temática. O próprio Banco afirma ser[13]:

> *"... a maior fonte individualizada de fundos externos para a saúde e a educação em países em desenvolvimento. Cada vez mais, grande parte desse investimento tem sido direcionada para ajudar a primeira infância — o capital humano do futuro."*

Definidos em consulta com representantes de governos, peritos acadêmicos dos países da OCDE na Ásia, na Europa e na América do Norte, com uma contribuição adicional do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e do Banco Mundial, os dez indicadores de referência para os serviços destinados à primeira infância sugeridos compõem uma tentativa inicial de avaliar e comparar os serviços para a primeira infância oferecidos em 25 países de onde se recolheram informações. Tais indicadores buscam manter os direitos da criança em evidência e reconhecer os contextos com que se deparam os pais e os governos[14].

O primeiro indicador de referência está relacionado ao direito mínimo à licença parental remunerada. A recomendação é, com o nascimento de um filho, um dos pais deve ter o direito a uma licença de pelo menos um ano (incluindo a licença pré-natal) com 50% do salário (sujeito a limites máximos e mínimos). Na situação de pais desempregados ou que trabalhem de forma autônoma, o subsídio conferido não deverá ser inferior ao ordenado mínimo ou ao nível da assistência social. Adicionalmente, pelo menos duas semanas de licença parental deverão ser reservadas especificamente para o pai[14].

Outro indicador refere-se a um plano nacional que dê prioridade às crianças desfavorecidas. Todos os países que estão adotando medidas externas para os cuidados infantis, ou seja, fora do próprio ambiente residencial, deverão ter investigado e desenvolvido uma estratégia nacional, a qual garanta que a educação e os cuidados na primeira infância sejam inteiramente disponibilizados, especialmente para as crianças desfavorecidas[14].

Um nível mínimo de oferta de cuidados infantis para crianças menores de três anos também está dentro dos indicadores de referência. A proposta é de que os serviços de cuidados e educação estejam disponíveis para, no mínimo, 25% das crianças. Também como indicador tem-se um nível mínimo de acesso para crianças de quatro anos, o qual propõe que 80% das crianças de quatro anos frequentem os serviços públicos de educação para a primeira infância durante um período de, pelo menos, 15 horas por semana. Adiante, um nível mínimo de formação para todo o pessoal significa preparar e qualificar 80% dos profissionais que lidam diretamente com crianças pequenas, incluindo prestadores de cuidados de bairro ou na própria casa. Nesse sentido, também se leva em consideração uma mudança no que diz respeito à remuneração e ao trabalho com outras profissões na área do ensino ou da assistência social[14].

O indicador de uma porcentagem mínima de pessoal com um nível superior de educação e formação é a tentativa de se propor um mínimo de 50% de profissionais qualificados em centros de educação para a primeira infância, apoiados e acreditados pelos governos e que tenham frequentado, pelo menos, três anos de ensino superior com uma especialização reconhecida em estudos da primeira infância ou numa área correlacionada. Outro indicador é uma proporção mínima de profissionais por criança. Espera-se com isso que a relação

entre o número de crianças da pré-escola (entre quatro e cinco anos) por profissional especializado (educadores e auxiliares) não ultrapasse a proporção de 15 para 1 e que a dimensão do grupo não seja superior a 24. O oitavo indicador é um nível mínimo de financiamento público, cuja proposta é garantir que os gastos públicos com a educação e os cuidados na primeira infância (para crianças dos zero aos seis anos) não sejam inferiores a 1% do PIB[14].

Os oito indicadores de referência até aqui apresentados devem ser complementados por outros dois indicadores dedicados ao reconhecimento e à reflexão de fatores sociais e econômicos mais amplos, os quais são cruciais para a eficácia dos serviços destinados à primeira infância. São eles[14]:

- *Um baixo nível de pobreza infantil*: determina uma taxa de pobreza infantil inferior a 10%. A definição de pobreza aqui utilizada é a da OCDE — "a porcentagem de crianças que crescem em famílias cujo rendimento, ajustado à dimensão da família, é inferior a 50% da mediana do rendimento".
- *Alcance universal*: este último indicador de referência se dispõe a tentar medir e comparar o empenho que determinado país demonstra relativamente a este ideal. A dificuldade em realizar uma medição precisa faz com que se meça, especificamente, até que ponto os serviços básicos de saúde infantil foram disponibilizados para a as crianças das famílias marginalizadas e excluídas.

Mais especificamente sobre o último indicador, considera-se que o 'alcance universal' foi cumprido se um país tiver atendido a, pelo menos, dois dos três critérios abaixo[14]:

1. Taxa de mortalidade infantil inferior a 4 por 1.000 nascidos vivos.
2. Porcentagem de bebês com baixo peso após o nascimento inferior a 6%.
3. Taxa de imunização de crianças entre os 12 e os 23 meses de idade (calculada em média sobre a vacinação contra o sarampo, a poliomielite e a DPT3 — difteria, tosse convulsa e tétano) superior a 95%.

No atual mundo industrializado/globalizado, muitas questões estão emergindo e, dentre elas, vê-se uma revolução na maneira pela qual as crianças de hoje estão sendo educadas. Conforme o caminhar dessas mudanças, desvios de percurso acontecem e podem culminar em prejuízos para as crianças de hoje e para o mundo de amanhã. A tendência dos serviços de educação e cuidados voltados para a primeira infância possui grande potencial positivo, sobretudo: a possibilidade de ofertar um início de vida melhor às crianças, de limitar as desigualdades precoces, de acelerar os progressos em relação à igualdade para as mulheres, de estimular o sucesso escolar e de investir na cidadania. No entanto, é preciso atentar-se para os serviços não planejados e de baixa qualidade oferecidos para a primeira infância, pois eles têm um potencial negativo, tanto a curto quanto em longo prazo[14]. Atenção especial deve ser alocada a populações mais negligenciadas em que as desigualdades são acentuadas, em particular em regiões em que o acesso da população a serviços de educação e saúde é prejudicado pela geografia e demografia que imprimem custos adicionais e limitações operacionais. Estas questões devem ser analisadas e consideradas, pois podem constituir obstáculos ao alcance de políticas públicas de qualidade para a primeira infância.

Diversos programas surgiram ao redor do mundo com o objetivo de preencher esta lacuna em relação à primeira infância. Alguns programas serviram de referência para programas brasileiros, como é o caso do Programa Primeira Infância Melhor, que se baseou na experiência de Cuba. A seguir, estão breves descrições de programas que atingiram escala nacional em seus países:

1. EDUCA A TU HIJO, CUBA[15]:

Setenta por cento das crianças cubanas menores de seis anos participam do programa não institucionalizado, multissetorial e de base comunitária, liderada pelo Ministério da Educação, que coloca a família no centro das suas atividades. Funcionou como um programa-piloto entre 1983 e 1992, sendo a seguir levado à escala entre 1992 e 1998.

O objetivo do programa é tornar possível o nível máximo de desenvolvimento de cada criança nas áreas de comunicação emocional, inteligência, linguagem, desenvolvimento motor, formação de hábitos, saúde e nutrição. Para tanto, sua estratégia é capacitar as famílias a se tornarem agentes que estimulam o desenvolvimento de seus filhos.

O programa é executado por equipes de promotores do desenvolvimento infantil (principalmente professores, educadores e profissionais de saúde) que servem como elo entre a comunidade e o grupo de coordenação local. Este grupo tem o papel de educar a comunidade, mobilizar recursos, treinar os executores e fornecer orientação educacional para os planos estabelecidos.

O programa trabalha com dois grupos etários: grupo de zero a dois anos e de dois a seis anos. O primeiro recebe atendimento individualizado, por meio de visitas domiciliares, uma ou duas vezes por semana. Essas sessões são realizadas pelos agentes do programa que implantam atividades estimulantes educando os pais. A operação do programa e outros aspectos metodológicos podem variar de acordo com as necessidades locais.

Crianças na faixa etária de dois a seis anos de idade participam com seus pais ou cuidadores em sessões de grupo realizadas uma ou duas vezes por semana em um espaço da comunidade (parques, centros culturais e centros desportivos) conduzida por um profissional do programa.

O programa se baseia numa visão social em que as crianças e as famílias não estão sozinhas: elas são apoiadas pela comunidade. A coesão social significa que o desenvolvimento da criança é uma responsabilidade compartilhada e se caracteriza pelo uso de quatro estratégias para a primeira infância no país:

- Intervenção precoce com base na prevenção. O programa é oferecido a partir da fase pré-natal para prestar cuidados que promovem o desenvolvimento da criança.
- Ação é realizada no seio da família, que se torna o foco da educação e treinamento para que do seu envolvimento ocorra a promoção de um desenvolvimento infantil holístico.
- Participação de todos os setores da comunidade e da sociedade, incluindo organizações civis e agências do governo, assembleias do poder popular, conselhos locais e grupos de coordenação para diferentes programas nacionais.

- O monitoramento constante do desenvolvimento da criança. A informação obtida é usada para controlar o crescimento das crianças, aumentar a qualidade do programa, ajustar os planos de ação no âmbito dos conselhos locais e estabelecer as estratégias municipais, provinciais e nacionais apropriadas.

Os profissionais e agentes envolvidos recebem treinamento intensivo e especializado, com base em sua formação. Para tanto, foram gerados manuais de treinamento que são constantemente atualizados.

O Programa foi avaliado em seu impacto por meio de estudo de campo: o grupo experimental apresentou resultados estatísticos em todas as áreas de desenvolvimento (cognitivo, emocional, comunicação, motoras e hábitos) significativamente mais elevados do que o grupo controle.

Uma lição a ser tirada do Programa é a importância de integrar programas de saúde e educação em um programa universal no desenvolvimento da primeira infância. O treinamento de integração necessário no desenvolvimento da criança oferecido aos profissionais de educação e serviços de saúde, como também o estabelecimento de equipes integradas que trabalham em educação e saúde, são exemplos que potencializam o seu impacto.

Aspectos específicos do sistema político e social de Cuba, resumidos a seguir, também facilitaram a implantação do programa:

- Sistema político estável e plano estratégico de longo prazo para o desenvolvimento da criança, e financiamento de políticas e programas sociais em saúde e educação.
- Valores que priorizam a equidade social e o desenvolvimento da criança.

- Grande número de profissionais de saúde e educação *per capita*.
- Erradicação do analfabetismo.
- Participação ativa das universidades, instituições de ensino e centros de pesquisa sobre a concepção e implantação de políticas sociais e programas de desenvolvimento da criança.
- Descentralização político-administrativa.
- Alto nível de mobilidade social.
- Contribuição da mídia para programas de saúde e educação.

Além disso, o programa tem pontos fortes que são exclusivos:

- Promotores profissionais.
- Planos de formação bem desenhados sobre o quadro conceitual, os objetivos, estratégias e texto do manual.
- Sistemas e ferramentas de controle e avaliação de impacto.
- Equipes de pesquisa interdisciplinares com a capacidade de desenvolver inovações científicas no campo do desenvolvimento da criança.
- Alto nível de coordenação entre os programas de educação formal e informal na primeira infância.
- Alto nível de participação dos profissionais e agentes do programa, incluindo médicos de família, enfermeiros e voluntários das organizações com base na comunidade.

As dificuldades encontradas incluem a passividade no processo de tomada de decisão por representantes da comunidade, a rotação constante dos membros dos grupos de coordenação (o que implica uma perda constante de experiência profissional) e a falta de experiência iniciativas comunitárias multissetoriais. A resposta a estes

problemas é fornecer treinamento constante para aumentar a qualidade da participação local.

O programa está em funcionamento há quase 20 anos; portanto, podemos concluir que o modelo é sustentável. A sustentabilidade do programa reside na sua integração com a rede de serviços múltiplos e o *empoderamento* social: a força motriz por trás do programa não vem apenas de agências estatais, mas também de organizações de cidadãos, conselhos locais, comunidades e famílias.

No entanto, a sustentabilidade está enfrentando os desafios de uma mudança mais ampla no próprio país. Em particular, as questões envolvendo a busca do crescimento econômico e bem-estar social, a centralização e a descentralização do governo, ser um país socialista que sofre a influência da globalização e do consumo (introduzido através do turismo e internet) e os novos mercados de trabalho com a introdução do setor privado.

2. CHILE CRECE CONTIGO[16]:

Chile Crece Contigo é um sistema de proteção integral da criança, cuja missão é acompanhar, proteger e apoiar de maneira abrangente todas as crianças e suas famílias, por meio de ações e serviços universais, bem como promover àqueles mais vulneráveis atendendo a premissa "a cada um segundo suas necessidades".

Representa um instrumento para implantar o Sistema Intersetorial de Proteção Social (Lei 20.379, de 2009 e está em consonân-

cia com os compromissos assumidos pelo Estado do Chile ao ratificar, em 1990, a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança).

Seu principal objetivo é apoiar e acompanhar a trajetória de desenvolvimento das crianças desde a concepção até sua entrada na pré-escola (cerca de quatro ou cinco anos de idade).

Com o entendimento de que o desenvolvimento infantil é multidimensional, *Chile Crece Contigo* representa um instrumento de coordenação intersetorial de iniciativas, benefícios e programas voltados seu público alvo.

Os principais componentes do Programa são:

- Programa de rádio semanal, "Crescendo Juntos", com cobertura nacional e visa à divulgação de informações relevantes sobre as questões da gravidez, paternidade, cuidado, estimulação e carinho.
- Cresce TV, com conteúdo sobre o desenvolvimento infantil, que vai ao ar em salas de espera de serviços de saúde.
- Telefone de ajuda 0800 200 com abrangência nacional, para esclarecer dúvidas e fornecer orientações. Este telefone é atendido por especialistas.
- Sitio web: http://www.crececontigo.gob.cl oferecendo serviços de informação, consultas especializadas, materiais educativos e de ensino.
- Redes sociais: a interação direta com o público pelo Facebook e Twitter, com o conteúdo de radiodifusão dos cuidados na primeira infância e pesquisas sobre temas específicos.
- Coleção de cartilhas educativas com conteúdos essenciais para apoiar as competências dos pais e as necessidades de desenvolvimento das crianças.

- Coleção de músicas para apoiar o desenvolvimento da primeira infância (música para o pré-natal, estimulação da linguagem, jogos de música e histórias da música).
- Coleção de contos de fadas para apoio ao desenvolvimento da linguagem e alfabetização na primeira infância.

O Programa também está organizado em subprogramas que atendem componentes específicos, tais como:

3. APOIO AO DESENVOLVIMENTO BIOPSICOSSOCIAL

Representa o componente realizado pela rede pública de saúde. É executado a partir do Ministério da Saúde por meio de seus 29 Serviços de Saúde sendo a porta de entrada para o *Chile Crece Contigo*. Trata-se de um apoio intensivo para o monitoramento e promoção da saúde das crianças na primeira infância, desde a concepção até os quatro anos de idade.

O programa realiza ações que complementam as do programa regular de vigilância da saúde da gravidez e controle das crianças atendidas. Os serviços desse componente de apoio ao desenvolvimento biopsicossocial são agrupados nas seguintes áreas ou dimensões: (a) fortalecimento do atendimento pré-natal; atenção integral para as famílias em vulnerabilidade psicossocial; atenção personalizada no parto; cuidados integrais no puerpério; apoio ao recém-nascido, especialmente atendimento integral para criança hospitalizada, o que acentua a atenção pelo seu desenvolvimento;

reforço do controle de saúde da criança, com ênfase na realização de um desenvolvimento integral valorizando o seguimento de fatores de vulnerabilidade psicossocial detectadas durante a gravidez, apoio à lactação, aplicação de protocolo neurossensorial; intervenções em crianças vulneráveis, com possibilidades de atraso no desenvolvimento.

4. COMO FUNCIONA

O Ministério do Desenvolvimento Social é responsável pela coordenação e articulação da Proteção Integral de Crianças. Junto com este ministério outras instituições que são responsáveis pelas atividades e benefícios do sistema. Assim:

- MS (Ministério da Saúde), por intermédio de sua extensa rede de saúde pública é a porta de entrada para o *Chile Crece Contigo* com controle do sistema na primeira gravidez. Ele tem a responsabilidade de executar o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Biopsicossocial.
- Ministério da Educação (MOE) é o órgão responsável por garantir a qualidade da educação no sistema pré-escolar (creches e jardins de infância) e coordenar as políticas educacionais voltadas para pré-escola.
- Ministério do Trabalho (MINTRAB) promove o desenvolvimento de políticas que afetam a proteção do trabalho da paternidade por meio de reformas legislativas.

- Serviço Nacional da Mulher (Sernam), por sua vez tem um papel importante na promoção do pacote de propostas legislativas *Chile Crece Contigo* enviado ao Congresso, especialmente no que diz respeito à proteção da maternidade.
- O Conselho Nacional (JUNJI) permite o acesso a creches e jardins de infância de qualidade a crianças pertencentes às famílias que apresentem alguma vulnerabilidade.
- Fundo Nacional para Pessoas com Deficiência (FONADIS) presta assistência técnica a crianças com deficiência, cujas famílias pertencem à camada dos 60% mais pobres da população.

Outros programas na América Latina que se destacam por sua escala são o *Programa Hogares Comunitarios*, da Colômbia, e o *Programa de Desarrollo de Oportunidades*, do México[17].

A Save the Children da Inglaterra, uma organização não governamental de defesa dos direitos da criança no mundo, desenvolveu em 2008 um primeiro Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI), o Child Development Index[18]. Este índice é uma tentativa da organização de comparar e monitorar o bem estar das crianças em 141 países. O índice analisa três indicadores que são facilmente encontrados, entendidos e são claramente uma indicação do bem estar das crianças, dentre os quais:

- Saúde: mortalidade na infância, probabilidade de mortalidade antes de completar cinco anos de vida.
- Nutrição: o percentual de crianças com menos de cinco anos que estão moderadamente ou severamente abaixo do peso.
- Educação: o percentual de crianças em idade escolar que não estão matriculadas em uma escola.

Este índice mostra que, globalmente, o bem estar das crianças melhorou 30%, segundo a publicação de 2012[18]. Sobretudo os países em desenvolvimento apresentaram taxas mais elevadas de progresso, em média, do que os países desenvolvidos. Já os países mais pobres do mundo, a maioria na África subsaariana e no sul da Ásia, apresentaram o menor índice de bem-estar infantil. Todavia, as lacunas existentes no topo do índice já se mostram mais estreitas a partir do final de 2000.

Quando analisados os diferentes componentes do índice separadamente — saúde, educação e nutrição — os dados revelam ser a desnutrição o elemento mais preocupante. Isto porque, comparando o índice de desnutrição com os de saúde e educação, a taxa de melhora foi de 13% contra 23% e 32%, respectivamente. Em países mais pobres, a desnutrição teve progresso de apenas 10%, o que demonstra que a desnutrição é o principal fator de atraso no progresso do bem-estar das crianças[18].

Entre a segunda metade da década de 1990 e a segunda metade da década de 2000, os países em desenvolvimento reduziram suas taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos em mais de 30%, conforme descrito na Tabela 3. Durante a década de 2000, o número de crianças que morreram a cada ano caiu de cerca de 10 milhões para 7,6 milhões. Contudo, os países mais pobres do mundo ficam com a taxa ainda muito abaixo da média mundial[18].

Em relação ao número de crianças matriculadas na educação primária (Tabela 4), houve um aumento médio de 40% nos países em desenvolvimento a partir da segunda metade da década de 1990 até a segunda metade da década de 2000. O sul da Ásia teve o maior aumento entre as regiões, alcançando quase 50%, percentual este que se assemelha ao da África subsaariana[18].

	Value 1995-99	Value 2000-04	Value 2005-10	Improvement 1995-99 to 2000-04	Improvement 2000-04 to 2005-10	Total improvement
Developed countries	2.2	1.9	1.7	13.6	7.8	20.3
Developing countries	26.6	23.7	18.9	10.9	23.3	31.6
By region:						
East Asia	14.7	11.9	7.9	19.0	34.0	46.5
CEE and CIS	13.9	10.9	6.6	22.0	39.5	52.8
Latin America and the Caribbean	12.8	9.9	7.1	22.9	28.6	45.0
Middle East and north Africa	17.5	14.4	10.3	17.6	28.3	40.9
Sub-Saharan Africa	49.0	47.9	39.1	2.3	18.3	20.2
South Asia	30.9	26.8	20.7	13.3	22.7	33.0
By income level:						
Low income	37.9	34.8	27.5	8.2	20.8	27.3
Low-middle income	14.1	11.3	7.6	19.9	32.4	45.9
Upper-middle income	9.8	8.4	5.8	13.5	31.4	40.6
High income	2.2	1.9	1.7	13.6	7.8	20.3
World	**24.5**	**21.8**	**16.7**	**10.9**	**23.2**	**31.5**

TABELA 3. Taxa de mortalidade de menores de cinco anos.

O progresso no bem-estar geral das crianças alcançado pelos países em desenvolvimento no início da década de 2000 é ainda mais acentuado no quesito matrícula na escola primária. Apesar de no final da década de 1990 a taxa de melhora ter sido de apenas 14%, na década de 2000 essa taxa elevou-se para 32%. Um dado interessante e surpreendente é que as taxas de melhoria desse componente nos países mais pobres do mundo superou a média mundial. Um exemplo disso é o sul da Ásia, onde as taxas de melhora alcançaram 40% na década de 2000[18].

	Value 1995-99	Value 2000-04	Value 2005-10	Improvement 1995-99 to 2000-04	Improvement 2000-04 to 2005-10	Total improvement
Developed countries	4.1	3.3	3.2	17.9	2.8	20.2
Developing countries	18.8	16.2	10.9	13.9	32.8	42.1
By region:						
East Asia	4.1	3.4	2.2	15.9	34.7	45.1
CEE and CIS	13.4	10.5	7.1	21.5	32.6	47.1
Latin America and the Caribbean	8.3	7.1	5.4	14.6	24.1	35.2
Middle East and north Africa	15.9	12.2	9.4	23.3	22.8	40.8
Sub-Saharan Africa	44.1	39.1	27.6	11.3	29.5	37.5
South Asia	20.4	17.4	10.4	14.8	40.2	49.0
By income level:						
Low income	29.4	25.6	17.1	12.9	33.5	42.1
Low-middle income	6.7	5.5	3.8	18.5	31.1	43.8
Upper-middle income	5.9	4.7	4.4	20.2	6.4	25.3
High income	4.1	3.3	3.2	17.9	3.1	20.4
World	**17.5**	**15.1**	**10.2**	**13.9**	**32.2**	**41.6**

TABELA 4. Crianças não matriculadas na educação primária.

Como mencionado anteriormente, a questão relativa à nutrição é alarmante (Tabela 5). As regiões mais afetadas pela desnutrição concentram-se nos países mais pobres do mundo, na região subsaariana da África e sul da Ásia. Em países de renda média as taxas de melhora ficaram entre 25% e 30% durante a década de 2000, enquanto a África subsaariana viu melhora de apenas 14% e o sul da Ásia apenas de 8%[18].

	Value 1995-99	Value 2000-04	Value 2005-10	Improvement 1995-99 to 2000-04	Improvement 2000-04 to 2005-10	Total improvement
Developed countries	0.4	0.4	0.1	1.4	66.3	66.8
Developing countries	28.0	24.7	21.5	11.6	13.0	23.1
By region:						
East Asia	18.5	13.4	9.8	27.5	27.1	47.1
CEE and CIS	6.4	4.3	3.9	32.2	10.1	39.0
Latin America and the Caribbean	8.2	6.2	4.4	24.6	27.9	45.6
Middle East and north Africa	16.0	13.6	10.6	14.9	22.4	34.0
Sub-Saharan Africa	31.7	28.3	24.4	11.0	13.6	23.0
South Asia	46.7	44.5	41.2	4.6	7.5	11.8
By income level:						
Low income	41.1	38.0	34.3	7.6	9.7	16.5
Low-middle income	13.4	9.8	7.0	26.6	28.6	47.5
Upper-middle income	8.6	6.5	4.8	23.9	26.0	43.6
High income	0.4	0.4	0.1	1.4	66.3	66.8
World	**25.6**	**22.6**	**19.7**	**11.6**	**13.1**	**23.2**

TABELA 5. Prevalência de baixo peso

Segundo este mesmo índice, o Brasil apresentou melhora na última década e ocupa a 36ª posição do ranking, mantendo o índice de bem-estar das crianças acima da média da região onde se encontra. Ficou à frente de países como Paraguai, Bolívia, Irã, Emirados Árabes Unidos e muitos africanos. No entanto, ficou atrás de países como Argentina, México, Chile, Cuba e a maioria dos países europeus[19].

A cada ano, o UNICEF também relata uma série de estimativas relativas à mortalidade de crianças. Esses números são baseados em

pesquisas do Grupo de Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (IGME), que inclui o UNICEF, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a Divisão de População das Nações Unidas. Os dados coletados por essas organizações representam as melhores estimativas disponíveis atualmente, no que tange aos dados de mortalidade infantil. Cabe ressaltar que esses dados são atualizados anualmente através de uma análise detalhada de todos os novos dados disponíveis, o que muitas vezes resulta em ajustes nas estimativas anteriormente divulgadas[20].

De acordo com a Tabela 6, é possível observar que de 1970 a 2012 houve queda contínua da taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos em todas as regiões descritas[20].

UNICEF Region	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Sub-Saharan Africa	242	216	199	185	177	170	155	130	106	98
Eastern and Southern Africa	209	190	186	172	163	155	139	111	85	77
West and Central Africa	274	245	217	203	195	189	174	151	127	118
Middle East and North Africa	202	165	126	90	71	61	50	41	32	30
South Asia	211	193	170	149	129	111	94	78	65	60
East Asia and Pacific	114	92	75	63	58	51	41	30	23	20
Latn America and Caribbean	118	102	84	67	54	43	32	25	23	19
CEE/CIS	97	74	68	55	47	47	36	27	21	19
Least developed countries	238	227	209	188	172	156	138	114	93	85
World	**145**	**128**	**116**	**99**	**90**	**85**	**75**	**63**	**52**	**48**

TABELA 6. Taxa de mortalidade antes dos cinco anos.

Ainda no que se refere à mortalidade, a Tabela 7 também nos mostra que o número de mortes vem caindo de 1970 a 2012 e, em algumas regiões, o número se mantém estável nos últimos anos[20].

Unicef Region	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Sub-Saharan Africa	3.1	3.2	3.4	3.5	3.8	4.0	4.1	3.8	3.4	3.2
Eastern And Southern Africa	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.5	1.3	1.2
West And Central Africa	1.7	1.7	1.7	1.8	2.0	2.2	2.2	2.2	2.0	2.0
Middle East And North Africa	1.3	1.1	1.0	0.8	0.6	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
South Asia	5.8	5.6	5.5	5.1	4.7	4.0	3.4	2.8	2.2	2.1
East Asia And Pacific	4.7	3.5	2.3	25	2.5	1.6	1.2	0.9	0.7	0.6
Latn America And Caribbean	1.2	1.1	0.9	0.8	0.6	0.5	0.4	0.3	0.2	0.2
Cee/Cis	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
Least Developed Countries	3.3	3.4	3.5	3.6	3.5	3.5	3.4	3.0	2.6	2.4
World	**17.1**	**15.3**	**13.8**	**13.2**	**12.6**	**10.9**	**9.7**	**8.2**	**7.0**	**6.6**

TABELA 7. Número de mortes antes dos cinco anos.

Outros dados interessantes também estão disponíveis no Relatório do UNICEF[20], tais como:

- Cerca de 90 milhões de crianças que teriam morrido se as taxas de mortalidade tivessem permanecido estáveis no nível de 1990, ao contrário, sobreviveram e ultrapassaram a idade de cinco anos.

- Mortes por sarampo entre crianças menores de cinco anos de idade caíram de 482.000 em 2000 para 86.000 em 2012, grande parte devido à cobertura de imunização, a qual aumentou de 16% em 1980 para 84% em 2012.
- A melhoria da nutrição reduziu 37% dos casos de nanismo desde 1990.
- As matrículas no ensino primário aumentaram mesmo nos países menos desenvolvidos. Em 1990, apenas 53% das crianças nesses países eram matriculadas em escolas e, até 2011, essa taxa aumentou para 81%.
- Cerca de 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram em 2012, principalmente devido a causas evitáveis. Isso demonstra que o seu direito fundamental de sobreviver e desenvolver-se foi violado.
- 15% das crianças de todo o mundo sofrem exploração de trabalho infantil, o que compromete o seu direito à proteção contra a exploração econômica e também ao seu direito de aprender e de brincar.
- 11% das meninas se casam antes dos 15 anos, o que compromete seus direitos à saúde, educação e proteção.
- As crianças mais pobres do mundo são 2,7 vezes menos assistidas por um profissional qualificado em seu nascimento, se comparadas às crianças mais ricas.

Entretanto, muitos desafios importantes ainda precisam ser enfrentados pelo Brasil, como veremos na sessão seguinte, em particular para atender as populações consideradas vulneráveis.

CAPÍTULO IV

Panorama da primeira infância no Brasil

COMO JÁ APRESENTADO ANTERIORMENTE, É INDISCUTÍVEL A IMPORtância que deve ser dada aos primeiros anos de vida. Evidências científicas, políticas, econômicas e sociais reforçam a relevância que tem a temática da primeira infância. No entanto, as condições insalubres de vida, as oportunidades desiguais e as diferenças socioeconômicas existentes entre as camadas da população brasileira, apontam para uma situação muito abaixo do esperado para países com indicadores econômicos como os do Brasil.

O país teve, ao longo da última década, um progresso tal, que conseguiu cumprir muitas das metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), das Nações Unidas. E isso aconteceu muito antes do ano esperado, que é 2015. O que de fato teve muito significado neste progresso foi a equalização, que conseguiu reduzir expressivamente as diferenças existentes entre crianças de famílias vulneráveis e de não vulneráveis, principalmente no que tange aos indicadores mais básicos[1].

Não se trata apenas do declínio da mortalidade e da subnutrição, mas o acesso e a utilização da gama dos serviços oferecidos aumentaram consideravelmente entre as crianças nascidas dentro de famílias marginalizadas e vulneráveis, se comparados com aquelas não vulneráveis. As diferenças entre as áreas rurais e urbanas e entre as regiões Norte e Nordeste também diminuíram quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste[1].

O desafio apresentado ao Brasil no que concerne a primeira infância não é fácil. Ele engloba questões que vão desde as condições precárias de vida e as oportunidades limitadas, até a população a ser assistida. Como dito anteriormente, a cada ano nascem mais de três milhões de crianças no País, um número que atinge quase 20 milhões de crianças com até seis anos, ou seja, 10% da população brasileira[1].

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), o número de crianças nessa idade no Brasil supera o número da população total de 90% dos países da América Latina e do Caribe. Apesar de estarem decaindo desde 2003, as projeções do IBGE apontam para toda a próxima década um contingente superior a 15 milhões de crianças de zero a seis anos. Garantir que as crianças dessa idade tenham condições e oportunidades de se desenvolverem integralmente e atingirem com tranquilidade uma vida adulta longa e suficientemente produtiva é, seguramente, um dos desafios de maior amplitude que o País enfrentará. Caso o Brasil não se prepare para esta realidade, certamente terá que lidar com a perpetuação dos já elevados níveis de desigualdade e pobreza que, consequentemente, prejudicarão o desenvolvimento socioeconômico[1].

Em se tratando da mortalidade infantil no País, apesar de ter diminuído, o Brasil continua encontrando dificuldades para encarar esse desafio. Devido às desigualdades entre as regiões e entre os

grupos sociais, a falta de assistência e atenção à mãe e ao recém-nascido, o cenário não colabora para a melhora dessa questão. Cabe ressaltar que o número de crianças que vão a óbito antes mesmo de completarem um ano para cada 1000 nascidos vivos, ou seja, a taxa de mortalidade infantil, diz muito sobre as condições sanitárias, de assistência e saúde de um país[20].

De todos os óbitos, a maioria se dá no primeiro mês de vida, o que deixam claras a necessidade e a importância de se cuidar de fatores ligados à gestação, ao parto e ao pós-parto. Mesmo assim, o Brasil ainda carece de assistência pré-natal e de atenção à mãe e à criança no pós-parto, fatores imprescindíveis para a diminuição considerável do risco de vida das crianças[12]. Isso se reflete, a cada ano, na morte de aproximadamente 70 mil crianças antes de completarem um ano de vida[1].

As condições de vida que uma criança está submetida estão diretamente relacionadas à qualidade e ao acesso que ela tem a serviços básicos de saúde, nutrição, saneamento, rede de creches, assistência farmacêutica, dentre outros[1, 10]. Os cuidados que ela recebe durante a primeira infância vêm, em parte, da família, a qual necessita de orientações e condições para prover tal cuidado da forma mais qualificada possível. Nesse contexto, é sabido que a escolaridade dos pais e a pertinência das informações por eles adquiridas influenciam diretamente o desenvolvimento da criança[1].

A política pública brasileira, a partir de uma combinação de fatores, tem a intenção de melhorar a qualidade dos serviços básicos indispensáveis à melhoria das condições de vida da população e ao desenvolvimento das crianças em sua fase inicial da vida. Reiterando o progresso experimentado pelo Brasil na última década, houve uma expansão das oportunidades que auxiliaram no desenvolvimento

das crianças em seus primeiros anos de vida, o que culminou em avanços nos diversos indicadores de desenvolvimento. A mortalidade de crianças caiu a taxas além do esperado e as taxas de subnutrição também se estabilizaram, atingindo certa normalidade[1].

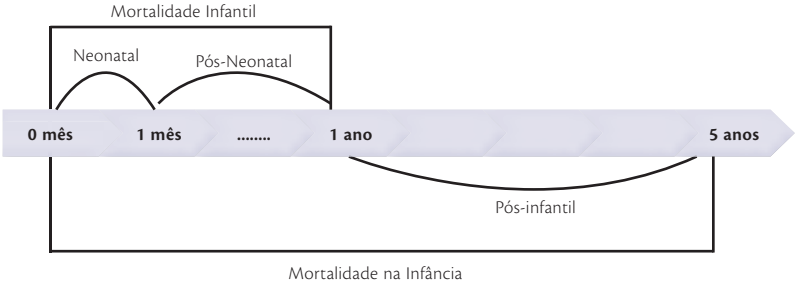
Todas as conquistas obtidas até o momento não devem ofuscar os desafios permanentes nem a busca contínua do progresso para o alcance de novas conquistas. Para isso, é preciso entender que, para manter os resultados, não se deve, necessariamente, continuar com as ações já existentes. É premente que as políticas públicas se adaptem aos novos desafios que o País enfrenta e enfrentará, bem como haja investimento em iniciativas que têm sido mais lentamente implantadas, para que sejam potencializadas e possam, de alguma forma, contribuir para o progresso[1].

No estudo do IPEA[1] estão apresentados de maneira sistemática os diferentes fatores e suas estatísticas que afetam a primeira infância no Brasil. Abaixo serão descritos esses fatores, até o item 9.

1. MORTALIDADE

No decorrer das últimas décadas pode-se perceber, além da acentuada redução das taxas de mortalidade infantil, uma considerável redução das desigualdades espaciais e socioeconômicas no País. Contudo, essa melhoria não incidiu sobre todas as fases da infância, tornando importante investigar os cinco tipos de mortalidade. São eles: i) taxa de mortalidade na infância: probabilidade de morrer antes de completar cinco anos (zero-59 meses); ii) taxa de mortali-

dade infantil: probabilidade de morrer durante o primeiro ano de vida (0-11 meses); iii) taxa de mortalidade pós-infantil: probabilidade de morrer entre o primeiro ano e o quinto aniversário (12-59 meses); iv) taxa de mortalidade neonatal: probabilidade de morrer durante o primeiro mês de vida (0-30 dias); e v) taxa de mortalidade pós-neonatal: probabilidade de morrer depois do primeiro mês de vida, porém antes de completar um ano (um-11 meses).



Fonte: Bemfam (1997).
Elaboração: Disoc/Ipea, com base nas definições do relatório.

1.1 Mortalidade na infância

No ano de 1990, a mortalidade na infância possuía uma proporção de, aproximadamente, 60 mortes por mil nascidos vivos. No que se refere às Metas de Desenvolvimento do Milênio, a quarta delas preconiza alcançar, até 2015, uma taxa de mortalidade inferior a um terço de seu valor em 1990. O cumprimento desta meta, portanto, impactaria na redução da mortalidade na infância, uma vez que os

números passariam para 20 mortes por mil nascidos vivos. Em 2006, dois terços do percurso entre 1990 e 2015 já havia sido percorrido e, nessa trajetória, a mortalidade na infância avançou de um patamar de 60 mortes por mil nascidos vivos para 33 mortes por mil nascidos vivos. Para este período, o número máximo de mortes por mil nascidos vivos deveria ser 34, porém o Brasil superou as expectativas.

Toda a melhoria observada na última década contribuiu, também, para a redução das desigualdades espaciais. A região Nordeste, que em 1996 possuía uma taxa de mortalidade na infância três vezes maior que a da região Sul, diminuiu em 2006 essa diferença em 2,5 vezes. Se comparadas às áreas rurais e urbanas, a redução não foi significativa. Por outro lado, as desigualdades entre grupos socioeconômicos também se reduziu de forma acentuada. Em 1996, a mortalidade na infância entre famílias vulneráveis era cerca de nove vezes maior que a taxa para famílias não vulneráveis, número que diminuiu, em 2006, para três vezes.

Muito embora o Brasil esteja evoluindo em relação à redução da mortalidade na infância, ainda se veem números alarmantes para a população infantil, como, por exemplo, cerca de 100 mil crianças a cada ano morrem antes de completarem seu quinto aniversário.

1.2 Mortalidade infantil

Também em 1990, a mortalidade infantil no País era de 48 mortes por mil nascidos vivos. Considerando a Meta de Desenvolvimento do Milênio, a mortalidade infantil tinha que cair abaixo de 16 mortes por mil nascidos vivos até 2015. Em 2006, já havia sido alcançada

uma taxa de 22 mortes por mil nascidos vivos, o que significou um progresso maior que o necessário para alcançar a meta estabelecida. Entre os anos de 1996 e 2006, a mortalidade infantil no Brasil declinou 54%, uma porcentagem que, se mantida, em 2015 deverá ter alcançado a meta indicada.

Muitos fatores colaboraram para a redução da taxa de mortalidade infantil. Eles envolvem desde a redução da taxa de fecundidade, o maior acesso a serviços básicos de saúde, a melhoria da qualidade de vida geral da população, até as políticas voltadas à saúde infantil. Porém, apesar de todo o avanço nessa questão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta que o nível da mortalidade infantil no Brasil ainda não pode ser considerado baixo. Isso porque as taxas verificadas nos países mais desenvolvidos, como, por exemplo, a Suécia, são ainda sete vezes menores. Vale ressaltar que, a cada ano, cerca de 70 mil crianças brasileiras morrem antes de completar um ano de vida.

Ao que diz respeito à redução da desigualdade, comparando-se as regiões Nordeste e Sul, foi observado que, na primeira, apesar de apresentar a mais alta taxa de mortalidade infantil, esta foi reduzida em mais da metade de seu valor inicial em uma década. Já a segunda teve sua taxa de mortalidade infantil reduzida em apenas um terço de seu valor inicial, ainda que seja a região onde a mortalidade infantil é a mais baixa no País.

Em 1996, a região Nordeste possuía uma taxa de mortalidade infantil três vezes maior que a da região Sul. Em 2006, tal disparidade caiu para duas vezes. A mortalidade infantil verificada nas famílias vulneráveis em 1996 era quase nove vezes maior que entre famílias não vulneráveis. Já em 2006, esta diferença reduziu-se a um valor menor que três.

1.3 Mortalidade pós-infantil

Na última década, em decorrência do fraco desempenho da mortalidade pós-infantil (dez mortes por mil nascidos vivos), a mortalidade infantil caiu mais que a mortalidade na infância. Essa situação exige muita atenção, pois dentre as principais causas da mortalidade pós-infantil estão envolvidos fatores totalmente evitáveis, dentre os quais acidentes e violência doméstica.

Sobre as desigualdades regionais, estas também não caíram. A diferença na mortalidade pós-infantil entre as regiões Nordeste e Sul aumentou na última década, enquanto o diferencial rural — urbano diminuiu. Em 1996, a mortalidade pós-infantil nas áreas rurais era duas vezes maior se comparada às áreas urbanas. Já em 2006, essa diferença passou a uma vez e meia.

Em relação à desigualdade entre grupos socioeconômicos, houve uma queda acentuada. Em 1996, a mortalidade pós-infantil entre famílias vulneráveis tinha uma proporção quinze vezes maior que entre famílias não vulneráveis, algo que em 2006 mudou de cenário e reduziu-se a uma diferença de cinco vezes. A mortalidade pós-infantil apresenta a segunda maior redução entre os grupos socioeconômicos, dentre todo o universo pesquisado.

1.4 Mortalidade neonatal

Em se tratando da mortalidade neonatal houve um avanço significativo de 1996 para 2006, quando a taxa passou de 25 mortes por mil nascidos vivos para 12 mortes por mil nascidos vivos. Isso

significa, portanto, que a mortalidade neonatal atual é cerca da metade de seu valor há uma década. Ocorre que tal mortalidade tem sido uma das mais difíceis de reduzir, porque envolve fatores biológicos, de assistência à gestação, ao parto e ao recém-nascido. As infecções agudas intrauterinas, os problemas respiratórios, as malformações, a prematuridade e a infecção pós-natal são as maiores causas da mortalidade neonatal, uma vez que sua importância varia conforme as condições operacionais da maternidade e do berçário. Vale ressaltar que as maternidades localizadas nas regiões mais pobres possuem berçários sem estrutura e sem pessoal qualificado, o que se reflete em falhas técnicas e falta de higiene, culminando na disseminação de infecções. Sendo assim, fica claro que para combater a mortalidade neonatal, investimentos em serviços hospitalares de tecnologia mais complexa, ações educativas e de saúde pública são indispensáveis.

Comparando os grupos socioeconômicos, a redução na mortalidade neonatal também se mostrou lenta. Em 1996, a mortalidade neonatal entre famílias vulneráveis era quatro vezes maior que entre famílias não vulneráveis. Já em 2006, tal diferença declinou para cerca de três vezes. Entre os cinco tipos de mortalidade investigados, a mortalidade neonatal possui a menor redução entre grupos socioeconômicos.

1.5 Mortalidade pós-neonatal

O proeminente declínio na mortalidade de crianças observado na última década concentrou-se, praticamente, na fase pós-neonatal. Isso se deve ao extraordinário declínio na mortalidade pós-neonatal,

o qual em uma década reduziu-se a um terço de seu valor original. Também é notória a redução na desigualdade entre grupos socioeconômicos, no que se refere à mortalidade pós-neonatal. Em 1996, a mortalidade pós-neonatal entre famílias vulneráveis era quinze vezes maior se comparada a famílias não vulneráveis, número que caiu para menos de três vezes em 2006.

2. SUBNUTRIÇÃO NA INFÂNCIA

2.1 Deficiências calórica e proteica

Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher — PNDS 2006 (CEBRAP, 2008), todos os indicadores antropométricos já sinalizam para o baixo risco de subnutrição no País. Sem considerar o retardo na altura de pequeno contingente da população infantil, não existe outra evidência de formas agudas de deficiência energética. Tanto os indicadores de déficit de peso por altura quanto de peso por idade mostram-se normais e a porcentagem de crianças com baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg) em 2006 já era cerca de 10%, número condizente com a média de países industrializados.

Mesmo sabendo que na última década houve pouco espaço para o progresso em relação aos índices de subnutrição, devido ao fato de já estarem na normalidade, a porcentagem de crianças menores de cinco anos com peso inapropriado para a idade em 2006 era um terço de seu valor em 1996.

Portanto, o grande impasse desta questão não está diretamente ligado à redução do nível médio, mas, sim, à concentração espacial

do problema e a elevada incidência em grupos socioeconômicos vulneráveis. Nesses grupos, no entanto, o progresso mostrou-se extremamente acentuado, como revelam os dados de 1996, quando a porcentagem de crianças com peso inadequado para a idade era três vezes maior na região Nordeste que na região Sul. Atualmente, esta porcentagem é igual nas duas regiões. Nesse mesmo período, a taxa de subnutrição entre crianças de famílias vulneráveis e de não vulneráveis foi equiparada.

2.2 Micronutrientes

No Brasil, ainda prosseguem importantes deficiências de micronutrientes essenciais ao desenvolvimento infantil, como o ferro e a vitamina A. Ainda de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, dos 30% de crianças menores de cinco anos que receberam indicação para ministrar dose de vitamina A nos seis meses anteriores à pesquisa, 6% não seguiram a recomendação.

É verídico que a cobertura de provisão de micronutrientes no Brasil ampliou-se consideravelmente desde maio de 2005, quando dois programas nacionais importantes foram criados: o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

O primeiro programa é dirigido às crianças de seis a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato residentes em áreas de risco pertencentes à região Nordeste, assim como o Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, e ao Vale do Ribeira, em São Paulo. A distribuição de megadoses deve ser suficiente para garantir boa re-

serva hepática de vitamina A por, em média, seis meses. Logo após esse período a criança deve receber nova suplementação.

O segundo programa visa distribuir, gratuitamente, suplementação de ferro às unidades de saúde associadas à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os municípios brasileiros. Os beneficiários são crianças de seis a 18 meses de idade, gestantes a partir da vigésima semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto.

3. MORBIDADE INFANTIL

Ao que se referem às estatísticas relativas à morbidade infantil, os dados são alarmantes. Em 2006, cerca de 10% das crianças de até cinco anos apresentaram diarreia, 23% febre e 35% tosse, no mesmo período. A prevalência destas enfermidades não diverge da verificada há uma década, quando tosse e diarreia declinaram cerca de 30% cada uma e febre apenas 10%[3].

A região Nordeste continua com as piores taxas de diarreia e tosse se comparada à região Sul, situação esta que se estagnou há dez anos. O diferencial urbano-rural permanece com a desvantagem no meio rural em termos de prevalência de diarreia, a qual, inclusive, está aumentando. No que se refere à desigualdade entre grupos socioeconômicos, o problema da diarreia se mantém praticamente inalterado[3].

É preciso salientar que os acidentes domésticos ainda configuram-se como as maiores causas de atendimentos, internações e incapacidades em crianças. A cada ano, cerca de 6 milhões de crianças menores de cinco anos (40%) são vítimas de, ao menos, um acidente,

muitos deles ocorridos na própria casa. Os acidentes mais comuns são as quedas (81%), seguidas por queimaduras (10%), choques elétricos (9%) e mordidas de animais (8%)[3].

4. SERVIÇOS BÁSICOS

Sabemos que as condições de vida de uma criança estão diretamente relacionadas às oportunidades de acesso aos serviços básicos de saúde, nutrição, saneamento, dentre outros, bem como pela qualidade de tais serviços. A morbidade infantil e o seu tratamento ajudam a avaliar a qualidade da atenção que as crianças recebem desde seus primeiros anos de vida.

Ao se tratar de políticas públicas brasileiras, pode-se perceber que houve uma tentativa de se expandir e melhorar a qualidade do acesso aos serviços, uma vez que são indispensáveis para melhorar as condições gerais de vida e o desenvolvimento das crianças nos seus primeiros anos de vida.

5. ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

5.1 Assistência à gestação

O progresso na assistência à gestação é visível e, a exemplo disso, no ano de 2006, menos de 2% das crianças menores de cinco

anos tiveram mães que não realizaram a consulta pré-natal e mais de 75% tiveram mães que fizeram, no mínimo, cinco consultas, como recomenda o Ministério da Saúde (MS). Dentre as crianças menores de cinco anos, 85% delas tiveram mães que receberam atenção pré-natal nos três primeiros meses da gestação e somente 5% delas tiveram mães que não possuíam cartão de pré-natal. Uma década antes, o número de crianças menores de cinco anos cujas mães não haviam feito nenhuma consulta pré-natal representava uma porcentagem próxima a 15%. A porcentagem de crianças desta mesma faixa etária e que tiveram mães que não realizaram mais de cinco consultas era superior a 50%. Em relação à proporção de crianças cujas mães não tinham cartão de pré-natal, esse número representava 49%.

Em oposição a este progresso, o Brasil ainda possui grave deficiência na cobertura da vacina antitetânica, a qual é fundamental para evitar o tétano neonatal. O percentual de mães que receberam as três vacinas necessárias é de apenas 31%

Ainda sobre a assistência à gestação, vimos um progresso acelerado que foi, principalmente, equalizador. Isso porque, mulheres da zona rural e da região Nordeste tiveram mais oportunidades de acesso a esses serviços. No ano de 1996, uma porcentagem de 32% das crianças do meio rural tiveram mães que não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Atualmente, essa porcentagem teve considerável queda para 4%. Complementarmente, mais de uma em cada quatro crianças na região Nordeste teve mães que não faziam consulta pré-natal e, hoje, apenas uma em cada 50 crianças nordestinas tem mãe que não fez nenhuma consulta pré-natal.

Há dez anos, aproximadamente dois terços das crianças da região Nordeste teve mães que não possuíam cartão pré-natal e hoje esse

número reduziu-se para 6%. Isso revela que as diferenças espaciais e entre áreas urbanas e rurais se reduziram muito além da média nacional.

Junto à redução dessas disparidades espaciais, também se pode perceber redução entre os diferentes grupos socioeconômicos, no que se refere à porcentagem de crianças cujas mães não possuíam cartão pré-natal. Em 1996, a diferença entre os grupos alcançava um patamar de 21 pontos percentuais. Ao longo da última década, a situação de famílias vulneráveis e não vulneráveis melhorou muito. Em 2006, a porcentagem de crianças cujas mães não possuíam cartão pré-natal era muito similar para ambos os grupos. Sobre a porcentagem de crianças cujas mães não receberam as três doses da vacina antitetânica, muito embora as diferenças entre grupos tenham diminuído significativamente, ela se mostra ainda alta, totalizando 65%.

5.2 Assistência ao parto

O progresso visível ao longo da última década também afetou a assistência ao parto. No ano de 2006, 11% das crianças nasceram fora de uma instituição de saúde e sem assistência médica, o que há uma década representava uma porcentagem de 22%.

Em contrapartida, o progresso visto na assistência à gestação não foi o mesmo para a assistência ao parto, se considerarmos a redução das desigualdades regionais. Em 1996, crianças nascidas fora do ambiente de saúde e sem assistência médica era 3,5 vezes maior na região Nordeste que na região Sul. Em 2006, esta razão aumentou

cerca de seis vezes. Já as discrepâncias verificadas entre as áreas urbanas e rurais declinaram ao longo da década. Em termos numéricos, a porcentagem de crianças que nasceram no domicílio sem assistência médica nas áreas rurais era 2,6 vezes maior que nas áreas urbanas no ano de 1996. Em 2006, tal razão declinou para menos de dois.

No que se refere às regiões, há dez anos o Nordeste possuía os piores indicadores de assistência à gestação e ao parto. Atualmente, a região que mais carece desses serviços é a Norte. Nas famílias vulneráveis, a porcentagem de crianças cujo parto ocorreu fora de instituição de saúde e sem a assistência médica é de 41%, enquanto que para as famílias não vulneráveis esta porcentagem é de apenas 2%.

5.3 Assistência ao pós-parto

É sabido que a consulta pós-parto ou puerperal é de extrema importância para a mãe e para a criança, pois é nela que o médico examina o estado de saúde da mulher, auxilia no seu retorno às condições anteriores à gravidez, orienta para o aleitamento materno, dentre outras funções. Concomitantemente, essa consulta avalia a interação da mãe com o recém-nascido e complementa ou realiza as ações não realizadas no pré-natal.

Ainda no que concerne à atenção básica à saúde no País, a situação mostra-se séria, já que a mortalidade materna permanece em 61%, um tanto elevada. Sobre as diferenças regionais, estas também são díspares, uma vez que em 2006 a porcentagem de crianças que

as mães não fizeram nenhuma consulta pós-parto era cerca de uma vez e meia maior na região Norte que na região Sul, o que é semelhante entre as áreas rurais e as áreas urbanas.

Em relação à desigualdade entre grupos socioeconômicos, o cenário se modifica. A porcentagem de crianças cujas mães não realizavam nenhuma consulta de pós-parto era quatro vezes maior em famílias vulneráveis no ano de 1996 e, em 2006, esta razão diminuiu para a metade.

5.4 Vacinação

Nesse quesito, o Brasil teve acelerado progresso e conseguiu reduzir a mortalidade pós-neonatal, justamente pela expansão da cobertura vacinal. Há uma década, 60% das crianças de um ano tinham cobertura vacinal completa e, atualmente, a cobertura se tornou universal, exceto para o caso da vacina contra Hepatite B.

A partir do Programa Nacional de Imunizações (PNI), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do MS, espera-se alcançar a cobertura universal e homogênea em todos os municípios e em todos os bairros, principalmente todas as crianças que nascem anualmente no País.

Apesar do Programa não possuir ação universal, ainda há diferenças nas taxas de cobertura vacinais se comparamos as regiões do Brasil. De fato, a cobertura é ligeiramente menor nas regiões Norte e Nordeste. Indicadores de cobertura sofrem alterações em regiões com baixa densidade demográfica e de difícil acesso como na região da floresta Amazônica.

5.5 Atendimentos básicos à diarréia e infecções respiratórias

É fundamental saber se a criança apresentou ou não febre ou tosse, porque estes são dois dos sintomas que podem indicar infecções respiratórias agudas (IRA), as quais podem evoluir para pneumonia. Portanto, o atendimento médico, nestes casos, ajuda no diagnóstico precoce e também na redução da morbidade, o que previne a morte de muitas crianças por IRA.

Apesar da prevalência de infecções respiratórias, febre e tosse, assim como de diarreia, não ter sido reduzida de forma acentuada no País, avançamos no que diz respeito ao atendimento. De modo comparativo, em 1996, menos de 20% das crianças acometidas por infecções respiratórias tinham algum acesso a atendimento médico, o que em 2006 mudou e atingiu a marca de cerca de 50% de crianças assistidas.

5.6 Programa Saúde da Família (PSF)

Todo o progresso observado no acesso a serviços básicos de saúde se deveu, em grande parte, à expansão do Programa Saúde da Família (PSF). Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, o PSF buscou "reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros". O PSF tem como prioridade atender populações de baixa renda, realizando um trabalho de prevenção e de identificação rápida de doen-

ças. Essa assistência pode ser prestada tanto em domicílio quanto em unidades básicas de saúde.

No que se refere à cobertura populacional, o PSF expandiu-se significamente nos últimos anos e em 2003 atingiu 36% da população brasileira, ou seja, 62 milhões de pessoas, em 4.400 municípios. Em 2007, mais um avanço: 47% da população atendida no País, o que correspondeu a quase 88 milhões de pessoas, em 5.125 municípios.

A inclusão de ações de saúde bucal em 2000 ampliou e facilitou o acesso a serviços odontológicos pela população. Em 2003, 6.200 equipes de saúde bucal atuavam em 2.800 municípios e, em 2007, já existiam 15.700 equipes distribuídas em 4.300 municípios brasileiros. Mesmo que a cobertura desse tipo de serviço tenha aumentado de 21% em 2003 para 41% em 2007, ele ainda está muito aquém do PSF.

6. IDENTIFICAÇÃO

O registro civil é a base para que uma criança seja considerada cidadã. Ao ser registrada, a criança ganha sua certidão de nascimento, que é o primeiro documento de validade jurídica de um cidadão, e que dá a ela o direito de usufruir de serviços e benefícios públicos. Sem esse registro de nascimento, a criança não consegue se matricular numa escola, tampouco participar de programas sociais. Uma das metas do documento *Um Mundo para as Crianças*, divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2002, é garantir o registro civil de todos os recém-nascidos, uma ação necessária ao cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio relacionadas à infância e à adolescência.

Apesar de o governo fazer campanhas de sensibilização para o registro das crianças desde 1990 e, além disso, de muitas delas nascerem em instituições de saúde, ainda há uma porcentagem de, aproximadamente, 15% de recém-nascidos atualmente sem registro.

O registro dos nascimentos não evoluiu como o acesso aos serviços básicos de saúde. Enquanto em 2000 a taxa de sub-registro de nascimentos era de quase 22%, em 2007 esse número não reduziu significativamente, permanecendo nos 12%. Comparações regionais mostram que ainda há muita disparidade, sendo o Norte e Nordeste as regiões de maior concentração de sub-registros. Entre 2000 e 2007, foi possível perceber uma redução progressiva dos percentuais de sub-registro de nascimento, com proeminência na região Norte, a qual passou de 47% para 18%. No entanto, se considerarmos a cobertura no Nordeste, os percentuais ainda são baixos. Em 2007, tais regiões apresentaram sub-registros de 18% e 22%, respectivamente. As regiões Sul e Sudeste permanecem com as melhores coberturas de registros de nascimento, com percentual de sub-registro, em 2007, de cerca de 2% e 5%, respectivamente. O Brasil possui regiões com condições geográficas e demográficas muito específicas e que precisam de atenção especial para garantir acesso à essas populações ao registro civil, dentre outros serviços.

7. ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é um alimento completo, rico em vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e anticorpos e que ajuda a

proteger o bebê até que ele comece a produzir suas próprias defesas. Estudos da OMS já comprovaram a eficácia da amamentação, uma vez que ela ajuda no combate a doenças como diarreia e mortes a ela relacionadas. Nesse sentido, o risco de morte por doenças infecciosas é cerca de seis vezes maior entre bebês desmamados nos dois primeiros meses de vida, se comparado àqueles que foram amamentados. As estimativas para o Brasil mostram que, aproximadamente, 7 mil mortes de crianças até o primeiro ano de vida poderiam ser evitadas com a amamentação na primeira hora após o parto.

Além de benefícios para as crianças, o aleitamento materno também auxilia, e muito, as mães. Isso porque essa atividade proporciona-lhes maior período de infertilidade pós-parto, aumentando o intervalo entre uma gravidez e outra, além de reduzir as chances de desenvolverem câncer de mama, diabetes e anemia. A amamentação é, também, um momento íntimo entre a mãe e o bebê, momento este que fortalece os vínculos.

Quando se trata de mortalidade infantil, ainda se vê que o aleitamento materno não é seguido conforme recomendações médicas, tanto no que concerne ao seu início quanto no que concerne à sua duração. No Brasil, pouco mais de 40% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora após o nascimento e 40% recebem aleitamento exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.

Vale destacar que as regiões mais pobres do País apresentaram melhor desempenho em aleitamento na primeira hora de nascimento, se comparadas às outras regiões. No entanto, verifica-se uma considerável diminuição desta vantagem, já que o Nordeste passou de um desempenho de 35% maior que ao da região Sul para um percentual de 30%. Essa queda foi gradativa, de 1996 até atualmente. Uma comparação urbano-rural nos mostra que as áreas rurais

têm desempenho levemente superior. Entre famílias vulneráveis e não vulneráveis, o indicador de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida é três vezes melhor para as famílias não vulneráveis e essa discrepância pode ser percebida até a última década.

Nos anos 1980, a Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foi criada com a intenção de aumentar a amamentação no País. Junto a ela foram englobados programas como a rede Amamenta Brasil, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BLH).

A rede Amamenta Brasil tem como objetivo incentivar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida e de forma continuada até dois anos de idade ou mais. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança certifica os hospitais que adotam práticas de promoção, proteção e apoio à amamentação. Finalmente, a rede de Bancos de Leite Humano é uma iniciativa que visa garantir a amamentação dos bebês que perderam suas mães ou cujas mães não têm condições de amamentá-lo.

8. DOENÇAS CONGÊNITAS

Para reduzir a morbidade e a mortalidade advindas de doenças congênitas, o Brasil tem se fortalecido com iniciativas importantes, como, por exemplo, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Esse Programa pretende detectar e tratar doenças congênitas em recém-nascidos, antes que elas se manifestem e afetem a vida do bebê.

Popularmente chamado de "teste do pezinho", a criança que tem a confirmação de algum resultado necessitará fazer um novo exame

confirmatório. As doenças testadas são quatro: *i)* hipotireoidismo congênito;[15] *ii)* fenilcetonúria;[16] *iii)* hemoglobinopatias;[17] e *iv)* fibrose cística. Uma vez diagnosticada alguma destas doenças, a criança recebe tratamento.

Para cada Estado deve haver pelo menos um centro de Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), o qual conta com uma equipe multidisciplinar. Espalhados pelos Estados, mais especificamente nos municípios, também estão os postos de coleta e laboratórios conveniados. A coleta de sangue realizada para a triagem é feita em hospitais, maternidades ou postos de saúde. Nos laboratórios credenciados dos SRTNs, as amostras são analisadas e triadas, depois seguem de volta para os postos de coleta. É válida uma ressalva: nem todos os Estados apresentam SRTNs capazes de fazer triagem; há uma heterogeneidade significativa sobre essa questão.

9. SANEAMENTO

Por fim, vale destacar que os serviços de provisão de água e saneamento, fundamentais para a redução da incidência da subnutrição infantil e da diarreia, ainda são precários no País. O acesso adequado à água ainda está fora da realidade de, pelo menos, 22% das crianças de zero a cinco anos, sendo que 33% delas residem em domicílios sem saneamento adequado. No total pode-se dizer que 40% das crianças não possuem acesso a esses dois tipos de serviços.

No que tange a porcentagem de crianças que possuem residência em locais sem acesso adequado à água, ela representa dois terços da porcentagem dos que não têm acesso adequado a saneamento.

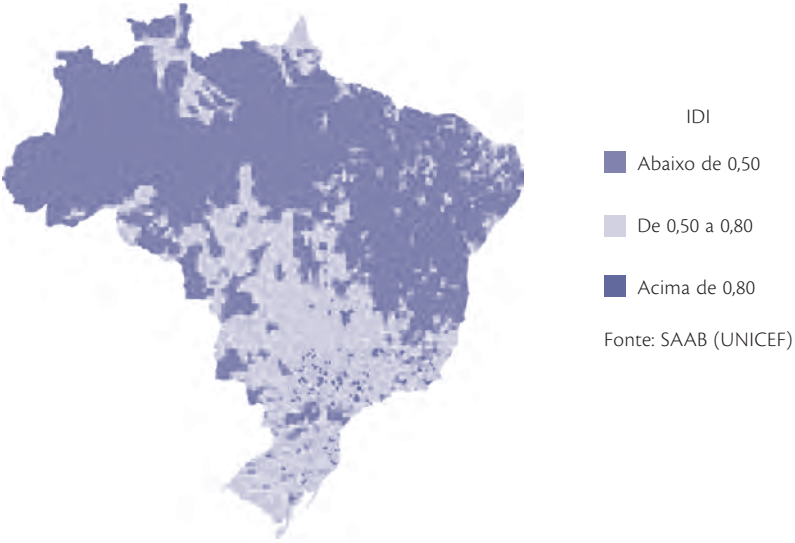
Os dois indicadores tiveram avanço similar na última década e, portanto, não houve aproximação entre eles.

Ainda que a desigualdade entre os grupos socioeconômicos no acesso a tais serviços seja muito discrepante, ela vem se reduzindo. Cabe ressaltar que, ao longo da última década, a porcentagem de crianças de zero a cinco anos residentes em locais sem acesso adequado a água ou ao saneamento era 20 vezes maior para as famílias vulneráveis em 1996. Em 2006 esta razão diminuiu pela metade. Praticamente todas as crianças de famílias vulneráveis não têm acesso adequado à água ou ao saneamento, o que acontece para somente 10% de crianças em famílias não vulneráveis.

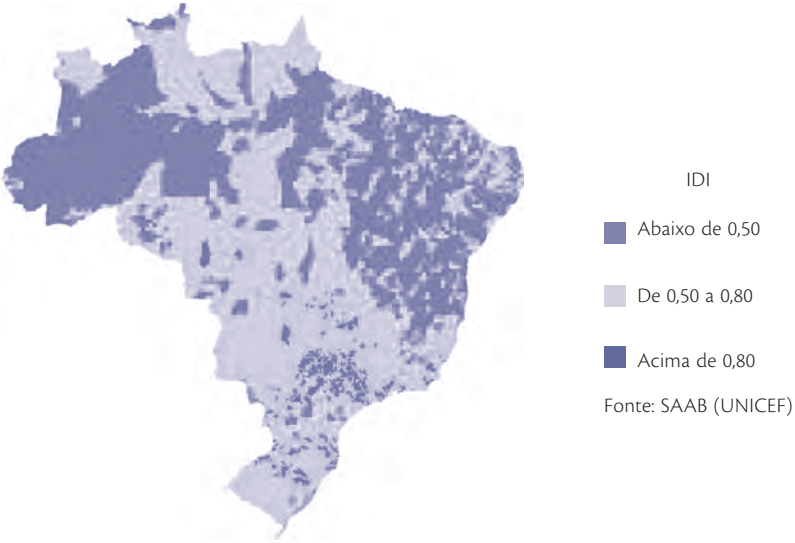
10. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O cenário de avanços de cada Estado brasileiro é ilustrado no relatório Situação da Infância Brasileira lançado em 2006 pelo UNICEF, no qual é apresentado o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) de 1999 e o de 2004, que ainda não foi atualizado para períodos mais recentes[21].

A análise do IDI revela que houve melhorias substanciais nas condições oferecidas às crianças brasileiras, conforme ilustrado nos mapas 1 e 2 e tabelas 8 e 9 a seguir. Em apenas cinco anos, seis dos sete Estados que apresentavam indicadores em vermelho passaram a uma posição em amarelo. Apenas Alagoas permanece em vermelho e São Paulo já se encontra em azul. O sucesso de diversas políticas públicas para a infância indica que o País tem condições de superar as adversidades e, com isso, dar condições de vida adequadas à cada criança e adolescente[21].



MAPA 1. IDI: Índice de Desenvolvimento Infantil — Brasil por municípios — 1999.



MAPA 2. IDI: Índice de Desenvolvimento Infantil — Brasil por municípios — 2004.

Classificação		Brasil, grandes regiões e unidades da Federação	População				Escolaridade dos pais				Serviços de saúde				Serviços de educação		IDI	
IDI			Total		Até 6 anos		% de crianças cujos pais têm escolaridade precária (menos de 4 anos de estudo)				% de crianças menores de 1 ano vacinadas		% de gestantes com mais de seis consultas pré-natais		% de crianças matriculadas em pré-escola			
							Pai		Mãe		DTP	Tetra-valente						
1999	2004		IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	IDI 1999	IDI 2004	1999	2004
—	—	**BRASIL**	157.070.163	169.872.827	22.025.902	23.125.158	37,08	32,28	32,65	27,83	94,46	96,20	43,14	47,84	44,40	55,06	**0,609**	**0,567**
4	5	**NORTE**	11.288.259	12.911.162	2.046.037	2.305.985	50,55	44,60	44,83	38,62	75,64	92,11	34,71	26,13	34,23	46,45	**0,485**	**0,556**
16	17	**RO**	1.229.306	1.380.951	207.858	220.243	38,55	32,42	35,92	29,04	96,38	92,02	40,68	28,92	34,04	34,33	**0,570**	**0,583**
25	26	**AC**	483.593	557.881	90.866	105.528	57,73	52,94	52,18	46,41	55,69	88,64	24,64	17,38	44,19	52,81	**0,436**	**0,516**
23	25	**AM**	2.389.279	2.817.252	450.997	546.050	47,66	42,18	44,93	40,58	69,39	75,72	37,18	22,17	22,28	41,95	**0,457**	**0,520**
7	10	**RR**	247.131	324.395	47.316	61.108	40,77	31,72	34,62	25,88	95,44	82,42	43,41	32,40	70,97	62,08	**0,662**	**0,655**
22	21	**PA**	5.510.849	6.195.964	998.120	1.090.860	55,06	49,79	47,92	41,67	69,82	100,00	35,08	27,97	34,12	48,14	**0,459**	**0,552**
13	11	**AP**	379.459	477.030	72.893	93.544	39,55	34,52	35,68	31,00	87,06	91,07	27,40	17,86	54,42	72,30	**0,591**	**0,653**
17	19	**TO**	1.048.642	1.157.689	177.987	188.652	51,26	42,35	41,62	32,25	100,00	95,50	26,85	31,80	42,22	43,30	**0,532**	**0,581**
5	4	**NORDESTE**	44.766.851	47.782.476	6.942.819	7.154.884	59,83	53,19	50,38	44,22	88,69	93,59	32,87	33,75	42,09	57,09	**0,482**	**0,558**
24	22	**MA**	5.222.183	5.657.551	908.936	964.081	64,79	58,05	54,63	47,94	69,22	84,80	24,23	21,93	51,24	69,40	**0,446**	**0,542**
21	23	**PI**	2.673.085	2.843.427	417.003	423.220	62,95	56,54	51,35	45,17	91,17	91,56	30,73	25,51	44,20	56,91	**0,477**	**0,534**
19	18	**CE**	8.809.290	7.431.596	1.107.667	1.141.873	62,09	53,21	50,61	42,58	100,00	94,70	29,67	32,40	53,46	65,10	**0,514**	**0,582**
15	15	**RN**	2.558.660	2.777.507	383.065	397.113	52,09	46,74	38,67	34,82	87,21	95,64	38,96	36,37	56,58	57,47	**0,572**	**0,605**

20	20	**PB**	3.305.616	3.444.792	492.099	481.904	61,50	54,81	48,43	43,06	92,32	93,59	44,54	40,65	45,57	50,53	**0,510**	**0,574**
18	16	**PE**	7,399.071	7.929.153	1.072.230	1.119.629	51,56	46,80	43,19	39,00	100,00	100,00	39,34	40,02	30,76	55,54	**0,514**	**0,599**
27	27	**AL**	2.633.251	2.827.855	442.540	472.007	64,20	58,29	57,37	54,37	78,83	91,48	32,91	43,06	28,00	35,75	**0,406**	**0,473**
12	14	**SE**	1.624.020	1.784.827	256.518	279.587	54,86	50,72	47,20	43,74	100,00	100,00	26,53	48,84	75,67	69,64	**0,592**	**0,624**
26	24	**BA**	12.541.675	13.085.768	1.862.761	1.875.470	60,80	53,46	53,74	46,07	80,60	89,47	30,87	30,93	32,03	49,42	**0,433**	**0,525**
1	1	**SUDESTE**	67.000.738	72.430.189	8.384.514	8.891.827	23,45	20,14	21,96	18,22	100,00	96,91	47,47	58,61	52,09	60,69	**0,701**	**0,750**
10	12	**MG**	16.672.613	17.905.133	2.248.948	2.292.263	32,71	27,80	28,83	24,09	91,84	87,17	46,37	48,80	44,60	43,63	**0,630**	**0,649**
6	5	**ES**	2.802.707	3.097.497	379.254	401.150	28,85	23,05	26,52	20,99	100,00	100,00	51,03	55,10	49,48	64,03	**0,674**	**0,744**
4	4	**RJ**	13.406.308	14.395.104	1.574.340	1.715.650	18,71	17,58	18,42	16,53	100,00	98,71	55,43	59,10	42,57	53,53	**0,708**	**0,746**
1	1	**SP**	34.119.110	37.035.455	4.181.972	4.482.744	19,67	16,93	19,15	15,63	100,00	100,00	44,58	63,21	59,91	72,07	**0,734**	**0,803**
2	2	**SUL**	23.513.736	25.110.346	3.131.886	3.154.566	21,65	17,40	20,71	16,87	93,70	100,00	51,39	60,65	39,52	45,62	**0,675**	**0,729**
8	7	**PR**	9.003.804	9.654.643	1.261.106	1.260.913	26,69	20,76	26,41	20,45	93,02	100,00	55,93	68,07	38,59	44,26	**0,650**	**0,718**
2	3	**SC**	4.875.244	5.357.863	668.227	679.427	17,20	14,72	17,26	14,93	92,22	100,00	44,29	53,45	53,32	58,37	**0,718**	**0,764**
5	6	**RS**	9.634.688	10.187.840	1.202.553	1.214.226	18,54	15,40	16,62	14,25	95,25	98,25	50,50	56,75	32,99	39,79	**0,677**	**0,719**
3	3	**CENTRO-OESTE**	10.500.579	11.638.654	1.520.646	1.617.896	28,67	25,05	24,05	20,21	96,76	100,00	50,55	54,67	35,57	46,18	**0,641**	**0,696**
11	9	**MS**	1.927.834	2.078.070	286.702	291.208	31,27	27,01	29,15	24,82	89,41	99,67	62,36	59,23	34,52	44,83	**0,625**	**0,681**
14	13	**MT**	2.235.832	2.505.244	347.178	364.682	34,62	29,27	30,28	24,42	89,43	100,00	52,09	55,45	26,63	35,23	**0,581**	**0,648**
9	8	**GO**	4.514.967	5.004.196	635.437	582.098	28,01	25,43	21,81	19,04	92,33	100,00	49,97	54,54	35,32	43,65	**0,642**	**0,691**
3	2	**DF**	1.821.946	2.051.144	251.329	279.908	18,69	15,02	15,44	12,80	100,00	97,10	39,95	50,16	50,10	69,19	**0,715**	**0,785**

Fonte: UNICEF/IBGE, Contagem de População 1998 e Censo Demográfico 2000./Ministério da Saúde, Datasus./Ministério da Educação, Inep.

TABELA 8. Índice de desenvolvimento Infantil 1999 e 2004 — Brasil, grandes regiões e unidades de Federação.

Classificação		Grandes regiões e unidades da Federação	IDI 1999	IDI 2004
IDI 1999	IDI 2004			
—	—	BRASIL	0,609	0,667
1	1	SUDESTE	0,701	0,750
2	2	SUL	0,675	0,729
3	3	CENTRO-OESTE	0,641	0,696
5	4	NORDESTE	0,482	0,558
4	5	NORTE	0,485	0,556
1	1	SÃO PAULO	0,734	0,803
3	2	DISTRITO FEDERAL	0,715	0,785
2	3	SANTA CATARINA	0,718	0,764
4	4	RIO DE JANEIRO	0,708	0,746
6	5	ESPÍRITO SANTO	0,674	0,744
5	6	RIO GRANDE DO SUL	0,677	0,719
8	7	PARANÁ	0,650	0,718
9	8	GOIÁS	0,642	0,691
11	9	MATO GROSSO DO SUL	0,625	0,681
7	10	RORAIMA	0,662	0,655
13	11	AMAPÁ	0,591	0,653

10	12	MINAS GERAIS	0,630	0,649
14	13	MATO GROSSO	0,581	0,648
12	14	SERGIPE	0,592	0,624
15	15	RIO GRANDE DO NORTE	0,572	0,605
18	16	PERNAMBUCO	0,514	0,599
16	17	RONDÔNIA	0,570	0,583
19	18	CEARÁ	0,514	0,582
17	19	TOCANTINS	0,532	0,581
20	20	PARAÍBA	0,510	0,574
22	21	PARÁ	0,459	0,552
24	22	MARANHÃO	0,446	0,542
21	23	PIAUÍ	0,477	0,534
26	24	BAHIA	0,433	0,525
23	25	AMAZONAS	0,457	0,520
25	26	ACRE	0,436	0,516
27	27	ALAGOAS	0,406	0,473

Fonte: UNICEF, 2006.

TABELA 9. Índice de Desenvolvimento Infantil 1999 e 2004 — Brasil, grandes regiões e unidades de Federação.

O IDI nacional de 1999 saltou de 0,61 para 0,67 em 2004, um acréscimo de, aproximadamente, 10%. Isso indica uma melhora substancial neste período, conforme indicado nas tabelas 8 e 9. Ainda assim, baseando-se na mesma classificação deste índice, o valor continua representando um padrão médio de desenvolvimento infantil[21].

No que tange às regiões, o IDI reflete as condições históricas de desenvolvimento socioeconômico do País. Nas regiões menos favorecidas, como o Norte e o Nordeste, o índice é significativamente mais baixo se comparado à média nacional, mesmo sendo as duas regiões com mais expressiva melhoria que no restante do País, apresentando acréscimo em torno de 15%. Tal avanço pode estar relacionado às políticas sociais implantadas nessas regiões, as quais têm beneficiado as famílias e as crianças ali residentes. Já no Sudeste e no Sul, o IDI alcançado é considerado padrão médio de desenvolvimento (0,75 e 0,73, respectivamente), mas ainda bem acima do índice nacional, como também mostram as tabelas 8 e 9[21].

Resguardada a tendência regional, o IDI 2004 apresentou melhora em relação ao índice de 1999 em praticamente todas as Unidades da Federação. O Estado de São Paulo se destacou por ter atingido um IDI na casa dos 0,80, condição esta que faz o Estado apresentar alto desenvolvimento infantil. Nos demais Estados, como podemos visualizar nas tabelas 8 e 9, o IDI se manteve no padrão médio de desenvolvimento infantil (variando de 0,78 no Distrito Federal a 0,52 no Acre). É válido observar que apenas em Alagoas o índice continua abaixo de 0,50, o que corresponde a um padrão de baixo desenvolvimento infantil[21].

Um fator importante, que deve ser considerado no processo de desenvolvimento humano, é a educação. Justamente em Alagoas, em 2004, havia um terço da população adulta analfabeta e 45% com

escolaridade inferior a quatro anos de estudo, o que corresponde ao nível de analfabetismo funcional, conforme demonstrado na tabela 8[21].

Em termos gerais, o IDI nacional melhorou expressivamente entre 1999 e 2004, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde houve redução na proporção de responsáveis pelas famílias com escolaridade precária e aumento na cobertura vacinal. Apesar dos avanços observados ao longo dos últimos anos nas regiões Norte e Nordeste, ainda veem-se grandes dificuldades. A assistência à saúde e à educação para as crianças de até seis anos está distante de atingir patamares adequados às necessidades reais da sociedade brasileira[21].

De fato, além do acesso à oferta de serviços variados, o grau de bem-estar ou vulnerabilidade das crianças possui grande relação com a escolaridade dos pais e o poder aquisitivo da família. Assim, a análise da situação das crianças deve considerar a condição socioeconômica das famílias brasileiras e as iniciativas governamentais em relação ao aumento da oferta de vagas em escolas e à melhoria do atendimento à saúde, principalmente nas regiões menos favorecidas[21].

11. LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A legislação que se aplica à primeira infância tem sua origem na própria Constituição de 1988, na qual as garantias dos direitos da cidadania e a responsabilidade do Estado, da família e dos indivíduos são descritos em diferentes artigos e parágrafos. É mencionado no Artigo 227[22]:

"É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão."

O Brasil ratificou, ao lado de 191 países, a Convenção sobre os Direitos da Criança aprovada em 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas e que fazem parte das metas do UNICEF. Esses princípios também foram assumidos pelos chefes de Estado e de governo com a assinatura da Declaração do Milênio (2000) e do documento *Um mundo para as crianças* (2002). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[23] reflete o conteúdo da Convenção, enquanto o Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, criado pelo governo em 2003, inclui pontos presentes nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e em *Um mundo para as crianças*[21].

Entretanto, não se tem um único marco legal específico para a primeira infância. A criança tem os seus direitos assegurados por diferentes leis, além do ECA, que atendem setores específicos como Educação (Lei de Diretrizes e Bases — LDB), Saúde (SUS) e Assistência Social (LOAS).

No ano de 1990, foi aprovado o ECA e com ele grandes avanços aconteceram no âmbito dos esclarecimentos acerca da qualidade e do tipo de tratamento dirigido à infância e à adolescência. Com o ECA fica assegurado que todas as crianças e adolescentes têm direitos e deveres, os quais devem ser cumpridos e respeitados por força de lei[23].

Também ficou instituída a política de atendimento para toda e qualquer criança do País, sendo ela carente, infratora ou não. O Esta-

tuto prevê a criação de um Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Infância e da Adolescência em cada município do Brasil, o qual tem o objetivo de definir a política municipal de atendimento e fazer a fiscalização das entidades que a executam. Além disso, também como forma de cumprir o que determina o ECA, foram criados os Conselhos Tutelares, órgãos responsáveis pelo atendimento dos casos em que ocorre a transgressão dos direitos da criança e do adolescente[24].

O Conselho Tutelar tem autonomia para aplicar medidas e exigir serviços públicos, como, por exemplo, falta de vagas em creches e escolas infantis, para que o poder público faça jus ao seu dever. Ainda sobre o cumprimento da lei, o Ministério Público, como entidade pública autônoma, pode ser acionado para defender o cidadão, o regime democrático e os interesses sociais e, então, fazer a lei acontecer. Isso acontece a partir da figura do seu representante maior, nomeado Promotor da Infância e da Juventude. Ele deve acompanhar todos os procedimentos que envolvam risco para a criança e o adolescente[24].

O Ministério Público também tem a função de acompanhar as orientações dadas pelos governos para o encaminhamento de crianças em situação de risco e, ainda, avaliar o atendimento oferecido para a resolução de questões dessa natureza e questões relacionadas à educação. Sendo assim, sua função requer garantir todos esses direitos na sociedade, corroborando eficazmente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições de Educação Infantil[24].

Nessa trajetória de avanços na Legislação brasileira, a qual garante os direitos das crianças, destaca-se a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Brasileira (LDB). Essa Lei foi promulgada em 1996, sob

nº 9.394/96, no Artigo 29, e coloca a Educação Infantil em evidência, no que tange à importância social. Com ela, o atendimento oferecido às crianças de zero a seis anos passou a chamar-se Educação Infantil, que constitui o primeiro degrau da Educação Básica e tem por finalidade o desenvolvimento integral da criança, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade[25].

A LDB também delibera a criação do Conselho Municipal de Educação e determina que todo município brasileiro tenha o seu Conselho. Assim, cabe a ele a responsabilidade do atendimento educacional às crianças de zero a seis anos. Para isso, creches e pré-escolas, responsáveis pela educação infantil, constituem a primeira etapa da educação básica. As creches atendem crianças de até três anos, enquanto as pré-escolas crianças de quatro a seis anos e essas duas instituições têm o dever de promover ações que envolvam a família e a comunidade, em prol da defesa e do desenvolvimento da criança. Embora a matrícula nessas instituições seja uma opção da própria família, os municípios têm o dever constitucional de oferecer vagas para todas as crianças nesse período da vida[24].

Os sistemas de ensino são subordinados aos governos, ou seja, ao Poder Executivo nos Estados e municípios e ao Presidente no âmbito Federal, tendo todos eles responsabilidade com a educação. Todavia, é responsabilidade do município regulamentar a Educação Infantil se ele tiver sistema de ensino próprio. Caso isso não ocorra, a responsabilidade recai sobre o Estado, tendo a União o dever de participar fornecendo todo o apoio técnico e financeiro necessário aos Estados e municípios[24].

Uma vez sendo a saúde um direito de qualquer cidadão brasileiro, o município deve integrar, implantar e fortalecer o Sistema Único de

Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, artigo 196, regulado pela Lei nº 8.080/1990. O SUS é um modelo de gestão de saúde descentralizado que, além de oferecer à sua população acesso universal e igualitário às ações e serviços do setor, torna o direito à saúde um bem público para todos os cidadãos. Entre os princípios do SUS, destacam-se a integralidade da assistência e a distribuição de reursos de forma igualitária, assegurando mais para quem tem menos[26].

O Programa Saúde da Família (PSF) caracteriza-se por uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a qual se utiliza de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde para sua implantação. Essas equipes acompanham um número determinado de famílias, atuando em ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, sobretudo, na manutenção da saúde de determinada comunidade que assiste. Essa estratégia é um projeto dinamizador do SUS, ou seja, auxilia na organização do sistema de saúde no Brasil. O PSF teve início em 1994 e cresceu significativamente nos últimos anos. Isso se deve ao fato de ser uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, que tem provocado importantes inovações no que tange ao modelo de atenção no SUS[27].

A promulgação da Lei nº 8.742 — Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) —, datada em 7 de dezembro de 1993, foi um marco para a política pública do País, no que se refere à responsabilidade do Estado para com a Assistência Social. Baseada nos princípios da descentralização e da participação social, a lei auxiliou na ampliação da proteção social brasileira e também corroborou para a melhoria das condições de vida da população[28].

Em 2011, a Assistência Social se fortaleceu ainda mais com a aprovação da Lei nº 12.435, a qual estabeleceu o Sistema Único de

Assistência Social (SUAS), que passou a integrar plenamente o escopo da LOAS. De acordo com algumas mudanças propostas pelo texto legal, a consolidação recente do SUAS se faz importante para o estabelecimento de novas responsabilidades, competências e padrões de atendimento. Além disso, o SUAS organizou o cofinanciamento e estabeleceu mecanismos para a providência dos recursos necessários ao funcionamento das ofertas e proteções da política[28].

Para a atuação em assistência social foram criados alguns equipamentos públicos, dentre os quais o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), os quais têm o papel de ampliar a presença pública em locais mais vulneráveis, dando a oportunidade do atendimento social às famílias e potencializando a política em si[28].

Mais especificamente sobre os serviços prestados à população pelo CRAS, eles englobam a assistência social às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, com o intuito de fortalecer os vínculos familiares e comunitários, por meio de ações que priorizam a promoção da autonomia, das potencialidades e o fortalecimento das famílias e indivíduos. O atendimento às crianças de zero a três anos é realizado por intermédio de ações sócio-educativas de apoio às famílias. Estas ações incluem entrevistas, visitas domiciliares, palestras voltadas para as famílias, reuniões, encaminhamentos e acompanhamentos, atividades lúdicas nos CRAS e atividades lúdicas nas residências de famílias que possuem criança com deficiência[28].

Já em relação aos serviços prestados pelos CREAS, eles atendem à proteção social especial de média complexidade. É o CREAS o responsável pela oferta de orientação e apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias que tiveram direitos violados, tendo sua atuação mais voltada à família, com a perspectiva de auxiliar,

potencializar e fortalecer a proteção dos indivíduos. Esse modelo de organização dos serviços sociais por níveis de proteção — básica e especial — tem em sua essência o reconhecimento da heterogeneidade das situações adversas vividas por pessoas vulneráveis a riscos e, sobretudo, oferta serviços embasados em competências previstas[28].

Ao mesmo tempo em que existe ampla e avançada legislação e, no âmbito do Poder Executivo, adequados instrumentos de ação, é visível que a primeira infância carece de uma atenção mais específica, de um olhar mais apurado e de ações sensíveis às peculiaridades da idade. Historicamente, as crianças da faixa etária de zero a seis anos têm recebido atenção parcial e insuficiente, mais concentrada na área da saúde, da educação infantil e da assistência social, esta focada nas crianças que vivem em situação de vulnerabilidade[29].

Com base em argumentos científicos, foi criado no Congresso uma Frente Parlamentar pela Primeira Infância, com o intuito de gerar uma política pública específica para esse grupo de cidadãos brasileiros[29]. Além dos argumentos citados, esta Frente adotou uma afirmação importante do Dr. Jack Shonkoff[30], diretor e pesquisador do Centro de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Harvard: "A sociedade vai pagar custos mais altos em educação corretiva, tratamento clínico, assistência social quando os circuitos neuronais não são formados apropriadamente no começo da vida e quando são ignoradas e negadas ações preventivas." Também importante e utilizado como argumento da Frente foi o que atestou Dr. Tremblay[31], do Centro de Excelência para o Desenvolvimento da Primeira Infância, do Canadá: "Os primeiros anos constituem um período crítico para incutir nas crianças os fundamentos da sociabilidade: a partilha e o compromisso, a colaboração e a comunicação. A maioria das crianças que crescem num meio favorável, guiadas por seus pais e

por aqueles que lhe são próximos, aprende a controlar suas emoções, a comunicar-se pela linguagem e a exprimir suas frustrações de maneira construtiva."

O Projeto de Lei que os deputados e deputadas da Frente Parlamentar da Primeira Infância apresentam, tem a intenção de dar maior atenção à primeira infância às vistas do ECA e, consequentemente, das políticas públicas. A razão que move esta iniciativa é a vontade de se estabelecer maior sintonia entre a legislação e o significado que os primeiros anos de vida, mais especificamente dos zero aos seis anos, têm no desenvolvimento integral da criança. Dessa forma, este Projeto responde "à relevância dos primeiros anos na formação humana, na constituição do sujeito e na construção das estruturas afetivas, sociais e cognitivas que dão sustentação a toda a vida posterior da pessoa e fazem uma infância mais saudável e feliz"[29].

CAPÍTULO V

Análise PEST

SABEMOS QUE A AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA OU PROJETO QUE É política pública (casos PIM, Mãe Coruja Pernambucana, Asinhas, Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis) é uma tarefa complexa e que envolve diferentes dimensões, métodos, técnicas, variáveis e indicadores.

Porém, as mesmas dificuldades se aplicam aos projetos resultantes dos investimentos privados (Primeiríssima Infância e VIM). Isso porque eles atuam num processo sinérgico que envolve vários campos de conhecimento científico e de prática como Saúde Pública, Medicina, Enfermagem, Psicologia, Assistência Social, Educação e Cultura. E, assim, a literatura produzida sobre esses programas/projetos são na maioria das vezes descritivas e, quando analíticas, descrevem avaliações parciais, ora enfocando alguns aspectos de diagnóstico de situação (marco zero), ora avaliando processos e resultados de atividades, ora tentando estabelecer impacto por meio de indicadores definidos *a posteriori* do início do programa ou projeto, sem a existência de uma bem definida teoria de mudança que

defina os impactos esperados e a definição *a priori* dos indicadores apropriados. Assim, o que nos propomos a fazer é uma revisão sistemática das informações encontradas sobre os programas e projetos e ordená-las por meio de uma análise PEST.

1. O QUE É ANÁLISE PEST

Quando se busca analisar diversas fontes de informações para alcançar um novo nível de análise usamos a palavra meta-análise, se tivermos informações estatísticas que permitam combinar técnicas estatísticas em uma medida. Nesses estudos de meta-análise é considerado um conjunto de estudos ou trabalhos e são apresentadas novas análises que combinam os resultados desses mesmos estudos que são disponíveis e públicos. Porém, quando não se dispõe de informações estatísticas sobre uma mesma pergunta, situação que ora se apresenta sobre os programas identificados de desenvolvimento da primeira infância, acreditamos que exista uma pergunta básica: "Qual a contribuição dos casos identificados para a construção de uma política pública?".

Para tanto, uma revisão sistemática da literatura existente sobre os programas identificados representa uma oportunidade de conhecer e analisar elementos determinantes para uma política pública para o desenvolvimento infantil. Neste sentido, adotamos para uma revisão sistemática dos programas e projetos existentes uma metodologia que é conhecida como análise PEST.

A grande vantagem da revisão sistemática da literatura existente é a sua capacidade de síntese de informação. Num só documento é

possível fazer convergir os resultados de muitos trabalhos e assim estabelecer uma resposta mais abrangente sobre a pergunta anteriormente formulada. Outras vantagens importantes deste tipo de estudos são a sua facilidade de execução, a rapidez com que se podem obter resultados e o fato de serem financeiramente pouco exigentes.

Apesar de haver certa concordância em relação às vantagens, é importante lembrar que a revisão sistemática, com qualquer método, não compensa as limitações inerentes aos documentos em que se baseia. Os documentos são aceitos da maneira com que foram preparados e publicados e representam os meios de informação disponíveis para se analisar.

Por último, deve-se referir que a síntese resultante é um produto dependente da experiência, vivência, conhecimento e do processo analítico empregado pelos profissionais que se propuseram a fazer esta análise. Em síntese, o mesmo material de estudo pode ter resultados analíticos diferentes de acordo com as diferentes concepções do grupo de análise.

2. DIMENSÕES DE UMA ANÁLISE PEST

A análise PEST é um método que permite o estudo qualitativo de um determinado cenário com base em fatores políticos (P), econômicos (E), sociais (S) e tecnológicos (T). A análise dessas dimensões, que muitas vezes são dificilmente quantificáveis, aliada a outros métodos de análise ambiental (fatores externos e internos) que

afetam um programa ou projeto, possibilitam a compreensão de ambientes complexos e em permanente mudança.

Assim, a análise PEST deve se basear na consideração de apenas quatro dimensões de maior impacto na atuação da organização, a fim de se evitar a dispersão e garantir a eficácia da análise. Para cada dimensão mencionada da análise PEST (política, econômica, social e tecnológica), são considerados fatores que podem impactar direta ou indiretamente no programa/projeto. Na análise da dimensão política, que inclui leis e regulamentações aplicáveis (normas) deve-se considerar, por exemplo, até que ponto uma mudança abrupta no cenário político (mudança de governo, de partidos ou alterações na legislação) pode afetar o programa/projeto. Cenários mais estáveis geralmente são mais favoráveis.

O ambiente econômico também merece uma análise cuidadosa. A análise da capacidade do programa/projeto em lidar com diferentes estágios do ciclo econômico e suas influências nesta, permitem determinar, por exemplo, se é sustentável em longo ou em curto prazo. Preocupação com fontes de financiamento e análise de custeio são elementos críticos para um programa/projeto.

Por sua vez, a análise do ambiente social, que engloba fatores culturais e religiosos permite, principalmente, prever variações de tendências do beneficiário do programa/projeto, como sua possibilidade de adesão e permanência no programa/projeto, o que pode ser fundamental para a o sucesso da iniciativa em longo prazo. As considerações sobre esta dimensão na análise PEST também permitem identificar se o seu produto (ou qual produto) se adapta às necessidades e características daquele usuário, sendo um fator determinante para o sucesso do programa/projeto.

Tão importante quanto a dimensão social para o sucesso, a manutenção de um programa/projeto e sua capacidade de influenciar, ou ser a aplicação de uma política pública, é a dimensão tecnológica. O mais comum é entender esta dimensão levando-se em conta que um programa/projeto é uma organização que deve ser entendida como um sistema produtivo e, assim, a tecnologia engloba desde a definição dos bens e serviços que serão produzidos, até as definições dos insumos, processos, estrutura organizacional, sistema de informação, qualificação dos profissionais envolvidos, etc. Apesar dessa generalização, o ponto focal de uso do termo tecnologia se concentra nos produtos, nos processos, nos equipamentos e nas operações. Em muitos programas/projetos essa tecnologia é conhecida como *modelo de serviço*, o qual busca transformar ou modificar uma realidade social. Assim se justifica o uso do termo *tecnologia social*.

Uma tecnologia social pode, então, compreender produtos, técnicas ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem efetivas soluções de transformação social e, ainda, que atenda aos quesitos de simplicidade, baixo custo, fácil aplicabilidade (e replicabilidade) e impacto social comprovado. É um conceito contemporâneo que remete a uma proposta inovadora de desenvolvimento (econômico ou social), baseada na disseminação de soluções para problemas essenciais para o desenvolvimento, como é a questão da primeira infância[32].

As tecnologias sociais podem originar-se no seio de uma comunidade, por iniciativa de instituições públicas ou privadas, com ou sem o desejo de ser levada à escala por meio de uma política pública. Podem, ainda, aliar os saberes populares e os conhecimentos técnico-científicos. Importa, essencialmente, que a sua eficácia possa ser

alcançada ou repetida por outras pessoas, permitindo que o desenvolvimento se multiplique entre as populações atendidas, melhorando a sua qualidade de vida. É um conceito que remete para uma proposta inovadora de desenvolvimento, considerando a participação de distintos atores no processo de organização, desenvolvimento e implantação de um programa/projeto. Muitas vezes apresenta características como:

- Ocorre em ambientes geográficos determinados.
- Utiliza recursos financeiros e materiais limitados.
- Tem o potencial de transformar a realidade.
- Tem uma grande preocupação em utilizar a capacidade inovadora e criadora dos protagonistas.
- Sua definição requer diferentes atores e conta com a participação efetiva do beneficiário final.
- Seu desenvolvimento e aplicação podem servir de piloto para oportunamente ser levado à escala por meio de políticas públicas.

3. PROGRAMAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA COMO UMA ORGANIZAÇÃO COMPLEXA

Entendemos que um programa, especialmente os que são parte desta publicação, deve ser tomado em sua individualidade como uma organização complexa. Isto porque atende às principais características que são aceitas para classificar uma organização como

complexa. Vejamos como esses programas/projetos se comportam com relação às seguintes características[33]:

1. *Uma organização com ricos padrões de interação e conectividade entre as pessoas, permitindo e fomentando o surgimento espontâneo de sinergias catalisadoras de novas possibilidades.*

   O fato de que em todos os casos os modelos de serviço utilizados implicam na interação das próprias crianças, famílias, profissionais, autoridades municipais e comunitárias, no formato de atendimento domiciliar e descentralizado em sua operação, possibilita uma rica oportunidade para sinergias em nível local que podem resultar em impactos positivos no interesse e participação de uma construção coletiva, ou negativos, por frustrar expectativas não atendidas.

2. *Uma organização que reconhece ser inevitável a existência de uma variedade de diferenças culturais em sua operação, novas oportunidades de desenvolvimento de acordo com diferentes circunstâncias, contradições, ambiguidade e conflitos possíveis entre diferentes níveis de operação (ou seja, de "desordem"), e que procura utilizá-los em seu proveito, como fonte de aprendizado, criatividade e inovação.*

   No caso do PIM, Mãe Coruja Pernambucana e Primeiríssima Infância temos um claro processo de descentralização para os municípios, com suas diferenças culturais, políticas e econômicas, aliadas aos compromissos de intersetoralidade, participação comunitária e da família, resultando em inumeráveis possibilida-

des de contradições e ambiguidades que podem ser fontes de crescimento e desenvolvimento do programa, do mesmo modo que pode resultar em paralisias e ineficácia.

3. *Uma organização na qual seus elementos constituintes apresentam alto grau de diferenciação, sem prejuízo de um alto grau de integração que confere identidade à organização como um todo.*

   No caso dos programas que já atuam de acordo com uma política pública (PIM e Mãe Coruja Pernambucana), a existência de colegiados decisórios envolvendo diferentes secretarias e departamentos de governo em níveis estadual e municipal representa um claro desafio em como manter a unidade esperada para um atendimento efetivo da população alvo. Convivem diversos órgãos e estruturas, que têm suas próprias agendas para atender prioridades de políticas próprias de cada órgão governamental, em situações e momentos diferentes de implantação.

4. *Uma organização que busca permanentemente atualizar sua identidade, em congruência com as mudanças em seu ambiente externo.*

   A geração contínua de novos conhecimentos científicos oriundos da neurociência aplicados à educação, saúde, bem estar, aliando a necessidade de manter a equipe operadora do programa/projeto atualizada por meio de educação contínua, tornam essas organizações dinâmicas na revisão de seus conceitos básicos, em suas teorias de mudança e em seus métodos ou modelos de serviços.

5. *Uma organização que faz uso da criatividade, da inovação e da experimentação para desenvolver e aprimorar seus estoques de conhecimento.*

   A inexistência de uma política pública de caráter nacional dirigida ao desenvolvimento de crianças de zero a seis anos no Brasil resulta na necessidade de cada programa buscar o conhecimento científico existente (como, por exemplo, o oriundo da neurociência), e desenvolver a sua aplicação prática nas diferentes realidades, especialmente no que tange às visitas domiciliares como elemento essencial para garantir a interface entre a família e a criança com os técnicos em desenvolvimento infantil. Esta relação em ambientes com diferenças culturais exige constante atenção para a inovação e criatividade.

6. *Uma organização que interpreta as possibilidades de vir a sofrer uma "quebra de simetria" (uma ruptura estrutural) imposta pelo ambiente externo, sendo capaz de tirar partido de tal eventualidade para redefinir sua estruturação interna.*

   Os programas/projetos cuja iniciativa parte do setor público têm sempre o risco político-eleitoral de troca dos responsáveis pelos órgãos envolvidos, em qualquer nível (federal, estadual, municipal). Isto pode ser um risco permanente de uma "ruptura estrutural" no programa, intrínseca à maneira como foi concebido. Ou, quando se aceita vincular a massa crítica de profissionais envolvidos com o programa a contratos temporários ou "bolsas", como, por exemplo, no caso dos visitadores do PIM, sem que tenham vínculo trabalhista formal com as prefeituras, faz com que a possibilidade de *turnover* seja um

elemento crítico para o sucesso do programa, colaborando para sua "ruptura estrutural".

4. DIMENSÕES CRÍTICAS PARA ANÁLISE PEST DOS PROGRAMAS

Partimos de uma premissa de que a informação em organizações complexas não é óbvia, não é transparente, não é compreendida nem mesmo por todos os sujeitos que nela atuam. Assim, se optou pela realização de uma análise PEST, como foi já descrita e adaptada, buscando conhecer as dimensões críticas para uma avaliação extensiva dos programas.

a. Dimensão político-legal

As políticas públicas têm, geralmente, dois objetivos: a) gerar um produto físico, tangível e mensurável, isto é, uma política que resulta de um processo político, com a geração de seus instrumentos legais e legitimadores da ação do Estado; b) gerar um impacto, que tanto pode ser físico, tangível e mensurável, quanto subjetivo, alterando atitudes, comportamentos e/ou opiniões. Os produtos são indicadores do que resulta da ação governamental ao implantar uma política pública que atende a uma causa ou a um determinado segmento da população considerado prioritário, ou estabelecendo direitos e deveres que se aplicam a toda a sociedade. No entanto, é bastante comum em nosso contexto que nem sempre os produtos gerados pelas políticas alcançam os objetivos desejados,

e nem sempre se busca conhecer de maneira sistemática se os objetivos foram atingidos ou não, ou seja, não se conhece os impactos de tais políticas e suas ações nas condições de vida da população. Nesse sentido, o impacto de uma política é uma medida do desempenho da ação pública, ou seja, uma medida em que a política atingiu ou não os seus objetivos ou propósitos. Assim, ao se buscar a avaliação de qualquer programa/projeto é necessário ir além da avaliação de processos e produtos: é necessária a avaliação de impactos[34].

A avaliação de processos visa à aferição da eficiência e se o programa está sendo (ou foi) implantado de acordo com as diretrizes concebidas para a sua execução; a avaliação de produtos visa conhecer se o programa foi eficaz no uso dos recursos disponíveis, e se os produtos gerados atendem às expectativas e metas quanto à quantidade e qualidade; já a avaliação de impacto busca conhecer se o programa gera transformações sociais permanentes e sustentáveis. A importância desta linha de avaliação está no fato de que é impossível antever todos os tipos de entraves, problemas e conflitos possíveis durante a realização de um programa. Ela busca conhecer a relação entre os processos e os produtos com os impactos que resultam da política. Ela diz respeito aos efeitos do programa sobre a população-alvo e tem, subjacente, a intenção de estabelecer uma relação de causalidade entre a política e as alterações nas condições sociais[35, 36, 37].

Isto permite conhecer se existe ou não um *gap* entre as proposições da política e os efeitos por ela produzidos. O *gap* deve ser buscado levando-se em conta pelo menos três fatores básicos: definições operacionais claras dos objetivos do programa, o que poderia ser conseguido por meio da construção de uma matriz baseada

em uma teoria de mudança; especificação dos critérios de sucesso; e medidas de aferição do sucesso ou indicadores de impacto[34, 38, 39]. Desses três fatores, os dois primeiros não são restritos à avaliação de impactos, já que afetam também a avaliação processual.

Quando o programa resulta de uma política pública, ele deve ser tomado como o "Estado em ação[40]". Torna-se, assim, uma *responsabilidade* do Estado quanto ao planejamento, à implantação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões, que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes, em níveis estadual e municipal, relacionados à política implantada.

Esta dimensão política da análise deve buscar responder a três amplas categorias de tópicos: (a) o tratamento do problema que determina a política que resulta em uma lei ou estatuto legal; (b) a habilidade de o estatuto favorecer o surgimento de estruturas de gestão para o processo de implantação; e (c) os efeitos variáveis de distintas ordens que podem influenciar o processo de implantação e que não são controláveis pelos responsáveis pela política. A estrutura é representada pela figura 2[41] a seguir, a qual representa as três categorias das variáveis independentes oriundas do estágio de implantação.

Com isso, esse processo desenvolvido analisa um conjunto de variáveis legal, política e "tratamento dado às questões processuais", as quais afetam os diferentes estágios da implantação[41]. Nesse caso, formuladores da política podem ou não atuar em separado dos executores. A análise da dimensão político-legal inclui leis e regulamentações aplicáveis (normas), bem como os critérios e processos que fundamentaram, ou fundamentam, as decisões sobre o programa.

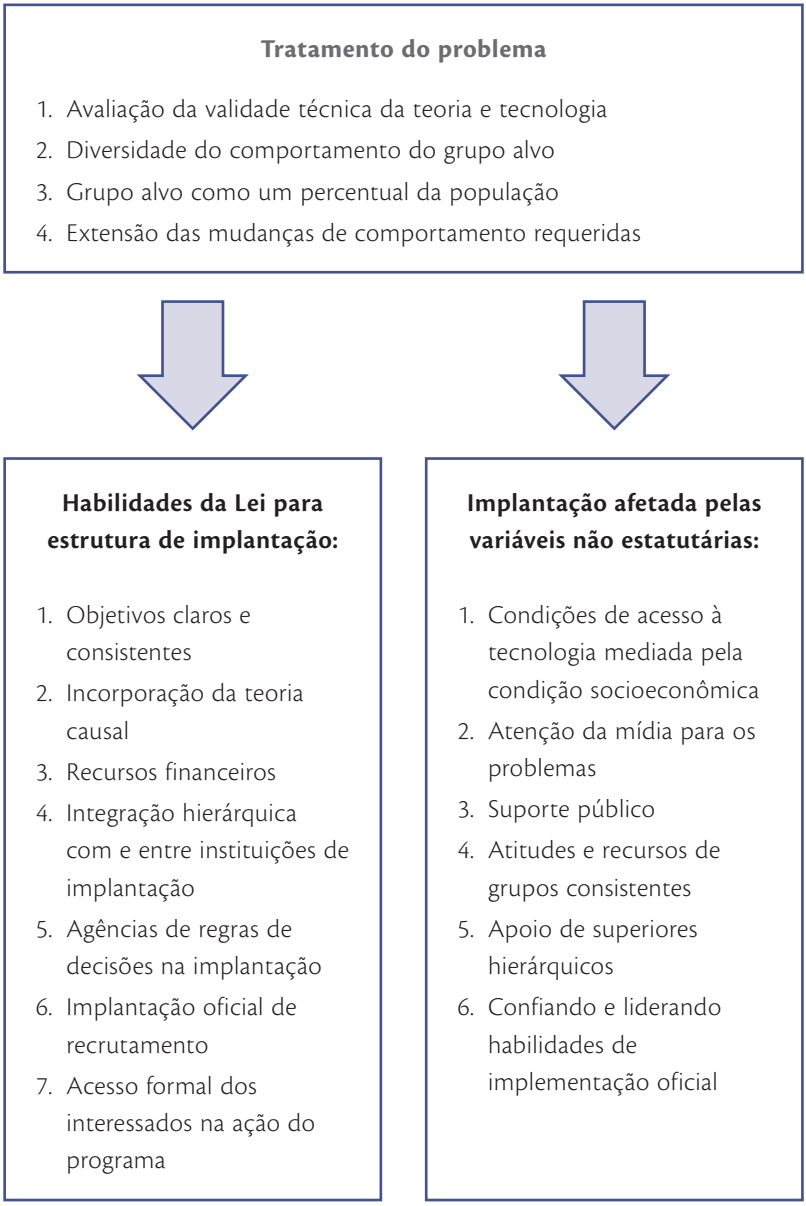


FIGURA 2. Categorias das variáveis independentes.

b. Dimensão econômica

A análise econômica conjuga dois tipos que se complementam: a avaliação de impacto e o cálculo de seu retorno econômico. A avaliação de impacto tem por principal objetivo inferir causalidade entre o programa e os resultados obtidos, ou seja, pretende responder à pergunta: o que teria ocorrido aos beneficiários no caso deles não serem atendidos pelo programa? Já o retorno econômico compara o investimento no programa com os benefícios gerados ao longo da vida de seus participantes. Trata-se, portanto, do retorno social do programa, uma medida econômica relevante para a própria gestão e também para a comparação de resultados entre programas sociais.

Esta dimensão busca conhecer os meios que se utilizam para se conseguir os produtos e impactos de uma política. Neste sentido, busca conhecer de certo modo a eficiência funcional e de gestão, incluindo as relações custo-resultado e custo-benefício. Oriundo da noção de otimização dos recursos disponíveis, sabemos que o conceito de eficiência ganha uma elasticidade enorme quando aplicado ao desempenho econômico de uma política. Para uma política temos certos custos de implantação que não são facilmente tangíveis e mensuráveis, tais como o tempo perdido em virtude de práticas burocráticas pouco flexíveis, os compromissos políticos das negociações, as alterações processuais decorrentes de conflitos políticos, entre e outros. Nesse sentido, o conceito de eficiência, ao ser transplantado como critério de avaliação de políticas, especialmente de políticas sociais, ganha uma nova dimensão: ao lado da noção estritamente econômica de custo-benefício das ações resultantes da política, agrega-se a noção de custos e benefícios políticos.

Assim, a eficiência pode ser entendida como bidimensional. De um lado, buscamos a eficiência instrumental, definida pela relação estrita entre custos econômicos e benefícios que são, em geral, tangíveis e divisíveis; de outro, temos a busca de eficiência política, definida pela relação entre os "custos" sociais ou políticos e os benefícios deles derivados. Assim, o uso de critérios de eficiência para a aferição do sucesso de políticas sociais não deve ficar restrito à sua dimensão instrumental econômica. Tem-se que introduzir a satisfação dos interesses dos ***stakeholders*** envolvidos, incluindo a própria população alvo da política. Em uma palavra, não basta que políticas públicas sejam instrumentalmente eficientes. Elas devem ser também politicamente eficientes.

Com relação à gestão da política entendemos que ela busca estabelecer ou interpretar objetivos e depois planejar, organizar, dirigir e controlar as atividades e os recursos disponíveis de forma coordenada, visando ao alcance dos objetivos previamente estabelecidos. Assim, o exercício da gestão requer a capacidade de, definido um plano de ação, trabalhar com pessoas, organizando a utilização dos recursos, colocando em funcionamento todos os elementos determinados pelo planejamento e procedendo ao controle de todas essas variáveis. Requer, finalmente, a capacidade de cobrar e apresentar resultados de todo o trabalho desenvolvido.

c. Dimensão social

No processo de implantação dos programas selecionados existe o elemento crítico que é a visita domiciliar. É nesta visita que o visitador, em sua relação com os pais ou responsáveis por crianças de zero a seis anos, atua como educadores de conhecimentos, práticas

e atitudes voltadas ao desenvolvimento infantil em contextos culturais que podem variar em cada município. Portanto, os visitadores atuam como educadores. Para esta função necessitam ser educados e treinados. Assim, esses programas exigem a seleção de conteúdo e material educativo para ser usado nas oportunidades de ensino-aprendizagem, para que ao nível dos municípios ocorram os treinamentos dos participantes levando-se em conta os diferentes contextos socioculturais. Convém lembrar que a própria equipe técnica dirigente do programa tem a necessidade de ser atualizada de maneira contínua.

Em resumo, os programas de primeira infância, mesmo atuando por meio de diferentes setores da administração pública, como saúde e assistência social, têm nas ações educativas sua mais visível expressão.

Neste sentido, esta dimensão sócio/cultural/educativa é de grande importância para o sucesso do programa e revela-se em três aspectos:

1. Como processo educativo.
2. Como conjunto de aquisições.
3. Como uma ação socialmente orientada para uma finalidade.

Portanto, sua avaliação poderia se valer de pelo menos três modalidades avaliativas: somativa, formativa e diagnóstica.

A avaliação somativa tem como função conhecer o nível de aproveitamento de um educando ao fim do treinamento ou capacitação propostos. Assim, busca-se medir o nível de aprendizado. Isto exige a seleção e aceitação de uma unidade de medida para sua expressão e quantificação. Este tipo de avaliação pressupõe que as pessoas aprendam do mesmo modo, nos mesmos momentos e

tenta evidenciar competências isoladas. Ou seja, algumas pessoas que por diversas razões têm maiores condições de aprender, aprendem mais e melhor. Outras, com outras características, que não respondem tão bem ao conjunto de conteúdo ou do método utilizado, deixam de aprender. Muitas vezes são aqueles que foram excluídos do processo regular de escolarização e, portanto, necessitam receber um apoio por meio de métodos para a aprendizagem de adultos, em que muitas vezes o conteúdo escrito deve ser substituído pela palavra ou pela imagem, e de maneira lúdica.

Avaliação formativa é realizada com o propósito de informar o educador e o educando sobre o resultado final da aprendizagem. Localiza a deficiência na organização do ensino-aprendizagem, de modo a possibilitar reformulações e assegurar o alcance dos objetivos. A referente modalidade de avaliação é chamada formativa, indicando como os educandos estão se modificando em direção aos objetivos do processo ensino-aprendizagem.

A terceira concepção de avaliação, a avaliação diagnóstica, é constituída por uma sondagem, projeção e retrospecção da situação de desenvolvimento do educando, dando-lhe elementos para verificar o que aprendeu e como aprendeu. É uma etapa do processo educacional que tem por objetivo verificar em que medida os conhecimentos anteriores ocorreram e o que se faz necessário planejar para selecionar dificuldades encontradas. Os educandos e os educadores, a partir da avaliação diagnóstica de forma integrada, reajustarão seus planos de ação. Esta avaliação deve ser recorrente para atualizar conteúdos e métodos de ensino-aprendizagem ao longo do tempo de vigência de um programa educativo.

Num programa que busca desenvolver a primeira infância, se torna clara a necessidade de adoção de instrumentos avaliativos

diversificados que apontem com clareza o que precisa ser aperfeiçoado e obter mais dados para uma reorganização contínua das suas ações. Este processo avaliativo deve ocorrer em favor do educando, mãe ou qualquer cuidador, resultando em benefício direto para a criança no seu desenvolvimento integral e integrado.

Também se espera que as atividades educativas tenham:

- Coerência: as atividades planejadas devem manter perfeita coesão entre si, de modo que não se dispersem em distintas direções; de sua unidade e correlação dependerá o alcance dos objetivos propostos.
- Sequência: deve existir uma linha ininterrupta que integre gradualmente as distintas atividades desde a primeira até a última, de modo que nada fique jogado ao acaso.
- Flexibilidade: permite a inserção sobre a marcha de temas ocasionais, sub-temas não previstos e questões que enriqueçam os conteúdos por desenvolver, bem como permitir alteração, de acordo com as necessidades ou interesses dos educandos.
- Precisão e objetividade: os enunciados devem ser claros, precisos, objetivos e sintaticamente impecáveis. As indicações não podem ser objetos de dupla interpretação, as sugestões devem ser inequívocas.

De grande importância será a avaliação do material didático produzido e usado pelo programa, bem como as capacitações de pessoal, especialmente dos visitadores e monitores, assim como as experiências educativas dos visitadores junto aos responsáveis pelas crianças alvo da política.

d. Dimensão tecnológica

Usamos o termo tecnologia, também entendida como tecnologia social conforme foi anteriormente descrito, no sentido de incluir a totalidade dos meios disponíveis e seu ordenamento, para prover um determinado serviço ou bem de consumo a uma população alvo, incluindo um corpo de conhecimentos, ferramentas e técnicas, derivados da ciência e da experiência prática. Assim, a tecnologia pode ser entendida como um sistema por meio do qual o Estado realiza a implantação de uma política. Esse sistema contém equipamentos, programas, pessoas, processos e organização que atuam de maneira ordenada e coordenada, a fim de produzir um determinado produto ou propósito. Lembramos que pode também ser descrita como modelo de serviço.

Esse conceito sistêmico de tecnologia nos leva a entender a importância de relacioná-lo com os produtos e com os processos utilizados. Como exemplo, a Figura 3 a seguir ajuda a entender os elementos constituintes de uma tecnologia de serviço como a visita domiciliar.

Sabemos que a utilização de indicadores de avaliação tecnológica e de qualidade de atendimento (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, dentre outros) é hoje reconhecida e amplamente utilizada. Acreditamos que a unidade para análise é a totalidade que o serviço representa. Assim, não pode se restringir somente à descrição das condições, fatores ou mecanismos que interferem na produção da visita domiciliar, mas analisar as conexões existentes entre os elementos que o determinam.

Afirma-se, portanto, enquanto unidade de análise, não o serviço "em si", mas a "atuação do serviço", que corresponde à rede de rela-

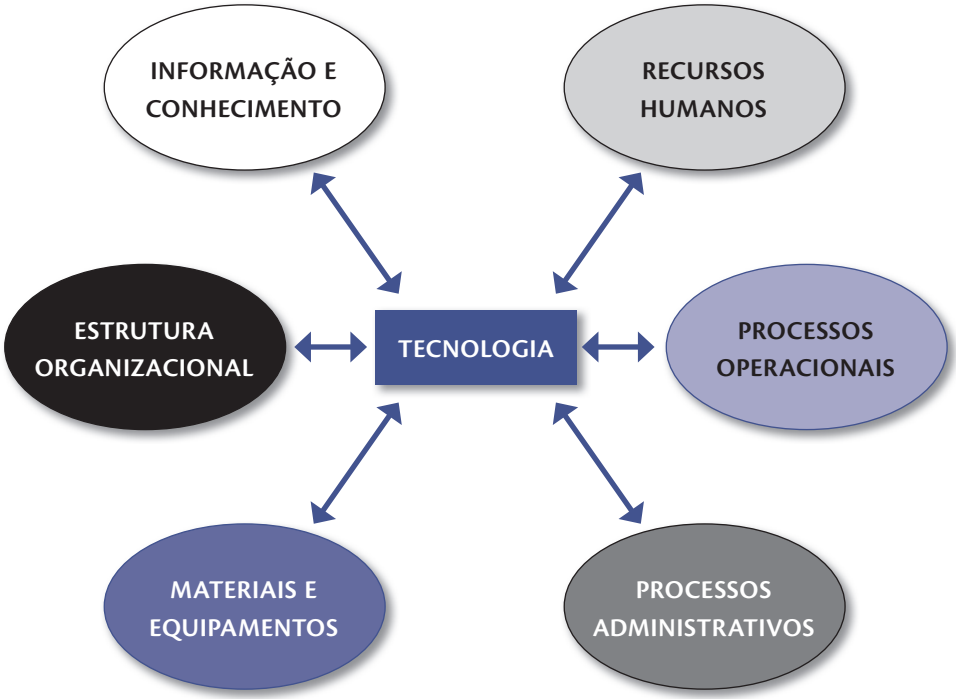


FIGURA 3. Elementos constituintes de uma tecnologia de serviço.

ções internas e externas (interação com outros atores sociais), vivências, estruturas e processos que constituem aquela prática institucional. A categoria "atuação do serviço" retém não somente a base empírica das ações (registro de casos, atendimentos, procedimentos efetuados, caracterização da população-alvo e outras atividades), como também contempla as relações que fundam a estrutura do serviço, seus processos e ainda inclui o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta ação.

Finalmente, propõe-se, para melhor compreensão da proposta, que o processo avaliativo desta dimensão leve em conta:

1. Conhecimento aprofundado da atuação do programa por meio das visitas domiciliares e dos encontros com os pais/responsáveis. Esta fase, eminentemente descritiva, busca conhecer: os principais objetivos institucionais, os dados estatísticos e aqueles que poderiam ser utilizados em seu banco de dados, produzidos pelo próprio serviço, secretarias e outras instituições de pesquisa, estratégias e dinâmica de atendimento, características da população-alvo, capacidade de cobertura e utilização, recursos utilizados, etc. Enfim, as informações disponíveis devem ser estudadas e avaliadas. Para tanto, é de grande importância a existência de um banco de dados sobre as famílias e crianças atendidas pelo programa.
2. Análise da correlação existente entre um programa de estado e sua relação com o contexto mais amplo das políticas públicas de proteção social à infância: esta fase busca analisar, em nível estrutural, as racionalidades técnicas que sustentam o projeto, bem como as contradições existentes.
3. Conhecimento empírico da ação que se avalia: esta fase é a de trabalho de campo. Busca-se conhecer o dia a dia do programa. Nela, o avaliador terá a oportunidade de observar a ação concreta dos atores envolvidos, os problemas vivenciados, os antagonismos latentes e o relacionamento entre os sujeitos sociais implicados.
4. Análise das representações sociais dos atores sociais (clientela, profissionais do serviço, gerentes, planejadores, serviços de

contra-referência ou apoio): é um desdobramento da fase anterior. Busca-se compreender os valores, opiniões e "visões de mundo" acerca do serviço/prática que se quer avaliar. Entende-se que a tarefa de compreensão das expectativas sociais, aspectos culturais e ideológicos dos atores diretamente envolvidos com a prática institucional é crucial para analisar os "nós górdios", as possibilidades de sucesso e os pontos de (não) adesão e resistência.

Sabemos que os programas que já são políticas públicas, bem como os projetos estudados, apresentam-se como organizações complexas e, assim, exigiriam também uma avaliação e análise de impacto igualmente complexas. Acreditamos que seja utópico confiar que os elementos de cada dimensão que foram apresentados nos parágrafos anteriores pudessem ser encontrados em qualquer dos programas/projetos que fazem parte deste documento. Porém, todos eles apresentam contribuições bastante importantes no atendimento da primeira infância.

Neste sentido é que deve ser entendida a contribuição a seguir, que leva em conta as dimensões elencadas na análise PEST, com as limitações apontadas. Ela representa uma contribuição temporal, já que acreditamos que mais e melhores análises de cada programa/projeto serão realizadas num futuro próximo, especialmente estudos acadêmicos que escapam das disciplinas tradicionais e se projetam na intersetorialidade e na transdisciplinaridade. Neste sentido, o processo avaliativo requererá a participação de diferentes avaliadores, provenientes de diferentes instituições, que estejam articulados em uma equipe de avaliação de impacto.

5. ANÁLISE *PEST* DOS PROGRAMAS E PROJETOS

Devido à limitada quantidade e qualidade de informação, ou resultados de avaliações rigorosas sobre o desempenho dos programas e projetos identificados, a análise PEST também é limitada. Assim, optamos por selecionar para cada dimensão aspectos que consideramos relevantes para apreender os avanços conseguidos.

a. Dimensão político-legal

Schwartzman[42] (1980) faz uma observação importante sobre o uso da palavra "política" em português. Ela se refere tanto ao processo de relações necessárias entre diferentes grupos de interesse com os responsáveis pela definição de um marco legal onde deve ocorrer negociação de interesses na sociedade, quanto à implantação de ações governamentais específicas na área de educação, saúde, meio ambiente, redução da pobreza e outras. Os cientistas políticos de língua inglesa usam palavras diferentes para estes dois processos, "politics" no primeiro caso, e "policy" no segundo, expressão que costuma ser traduzida para o português como "política pública". A tradição portuguesa e brasileira aponta para o fato de que estas duas coisas estão ligadas e uma não pode ser entendida completamente sem a outra; a tradição anglo-saxã, por outro lado, nos lembra de que a implantação de políticas públicas deve obedecer a uma lógica própria, que requer a existência de profissionais especializados, recursos definidos, metas explícitas, mecanismos de tomada de decisão, sistemas de avaliação de resultados, e assim por diante. Em outras palavras, políticas públicas são estabelecidas, em suas linhas

mais gerais, pela política, mas só a política não é capaz de transformá-las em ações governamentais específicas.

No caso dos programas para a primeira infância é importante também conhecer a estrutura social onde são aplicados, já que diferenças demográficas, culturais e geográficas facilitam ou dificultam o acesso a esses programas.

O Brasil sofre alterações nas taxas de fecundidade, que afetam diretamente o crescimento e as características mais gerais da população. Entre 1950 e 1980, o Brasil cresceu a uma taxa média anual de 2,8%, o que significa que a população dobrava a cada 25 anos. Em 2000, esta taxa estava estimada em 1,3%, o que significa uma duplicação a cada 54 anos. Como esta taxa vem caindo, a expectativa é que, por volta de 2025, a população brasileira já tenha parado de crescer e começado a se reduzir. O impacto desta transformação é enorme. Por um lado, o Brasil começa a deixar de ter os problemas de um "país jovem", que precisa abrir cada vez mais escolas, criar cada vez mais empregos e construir mais casas para uma população em constante crescimento. Assim, começa a ter os problemas de um país adulto, que começa a envelhecer[42].

O impacto sobre a educação é o mais visível: até recentemente, ainda se insistia na prioridade em abrir cada vez mais escolas. Hoje, como que de repente, a cobertura escolar no Ensino Fundamental já é de quase 100% e muitos Estados começam a confrontar o problema de salas mais vazias. A outra transformação dramática ocorrida no Brasil nos últimos anos foi a transição da população do campo para as cidades. Para muitos, o Brasil ainda é visto como um país predominantemente rural, dominado pela política, economia e cultura do interior. No entanto, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 1992 já mostrava que apenas 22%

da população do País vivia em área rural; em 2001, esta porcentagem havia caído para 16%. Em termos de ocupação, 20,6% da população ativa do País dedicava-se a atividades rurais, muitos vivendo em regiões urbanas e trabalhando como assalariados e não camponeses de tipo tradicional, enquanto outros, embora vivendo em zonas rurais, se dedicavam a atividades de prestação de serviços, comércio de mercadorias e outras[42].

É esperado que a mediação entre a política e as políticas públicas seja feita pelo estabelecimento de uma agenda, que resulta das condições mais gerais — econômicas, políticas, sociais — de uma época, e dos valores e percepções que permeiam a sociedade em cada momento. Nos oito anos de governo de Fernando Henrique Cardoso, o reordenamento da economia e das contas públicas adquiriu prioridade, como condição para o crescimento econômico e políticas de bem estar social. O governo de Luiz Inácio Lula da Silva começou colocando em primeiro lugar em sua agenda a questão da fome, reforçando a importância da questão social e refletindo o tom da campanha eleitoral, na qual prevaleceu a ideia de que o governo anterior havia "esquecido o social". Na perspectiva predominante no governo Cardoso, o Brasil era visto como um país em desenvolvimento, com um forte setor industrial e agrícola e uma extensa classe média, mas sérios problemas de desequilíbrio macroeconômico e com grandes setores da população ainda excluídos dos benefícios do desenvolvimento econômico e social. Na perspectiva do governo Lula, o País aparece como vivendo um problema urgente de fome generalizada, analfabetismo e latifúndio, necessitando de políticas redistributivas e de mobilização e promoção social.

A contraposição acima referida é de grande interesse para o foco da primeira infância. Todos os programas identificados foram forja-

dos e implantados depois de 2002 já com forte influência do posicionamento do governo Lula.

Birdsall[43] (2003) caracteriza este período não mais como a simples distribuição de benefícios, mas esforços no sentido de aumentar o capital humano e os recursos das populações mais necessitadas, para que elas não dependam tanto de subsídios governamentais. E é com este entendimento que passamos a rever as políticas públicas subjacentes aos programas identificados.

A Constituição Federal de 1988 consagra os direitos da criança como assegurados pela família, pela sociedade e pelo Estado. Assim, o ECA de 1990 e as leis setoriais posteriores formam um arcabouço de princípios, diretrizes e normas legais para os programas. Esses instrumentos disciplinam a ação governamental e orientam a prática social no atendimento dos direitos da criança, porém, tem-se percebido que a primeira infância carece de uma legislação própria em nível federal. Daí a importância de governos estaduais tomarem a iniciativa de atender o desenvolvimento da primeira infância por meio de leis estaduais.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul, sob a coordenação da Secretaria da Saúde e apoio das Secretarias da Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social. Existente desde 2003 tornou-se Lei Estadual nº 12.544 em 3 de julho de 2006. Neste sentido, devemos tomar o PIM como o "Estado em ação[40]"; é o Estado implantando um programa de governo que resulta em ações voltadas para grupos específicos da sociedade: crianças de zero a seis anos. O PIM é de responsabilidade do Estado quanto ao planejamento, à implantação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolvem órgãos públicos e diferentes organismos e agentes

em níveis estadual e municipal, relacionados à política implantada. É importante lembrar que quando o PIM foi formulado, o ponto de partida foi a vontade expressa de um líder, então Secretário de Estado da Saúde, autoridade com poder de decisão. Somente três anos após é que se formula e se aprova uma lei estadual que resulta de um processo político. Assim, o PIM como uma política social passa a ser um instrumento para a proteção de seu público-alvo, com a qual se busca a diminuição das desigualdades estruturais, criando oportunidades para o acesso a serviços que promovam o potencial de desenvolvimento das crianças de zero a seis anos.

Como o programa propõe a intersetorialidade, a interface entre as secretarias ocorre em diversos momentos. Um Grupo Técnico Municipal é formado por técnicos representantes das secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social. Este Grupo responde pela gestão local do Programa — sendo responsável por todas as etapas de sua implantação, pela articulação do PIM com as ações e políticas locais e pela resposta às demandas dos territórios junto às suas pastas de origem.

Para a operacionalização do PIM são estabelecidos termos de adesão com os municípios interessados.

Tal arranjo valoriza a integração entre as diferentes secretarias, bem como entre os níveis estadual e municipal. Assim, necessita de uma integração horizontal entre as Secretarias e uma vertical com o município.

No caso do Programa Mãe Coruja Pernambucana, nascido em outubro de 2007 por meio do Decreto n° 30.859 e instituído como Lei n° 13.959 em dezembro de 2009, desde então trabalha com políticas públicas integradas em defesa da vida, envolvendo sete secretarias de Estado que atuam nas áreas de saúde, educação, desenvol-

vimento social e assistência. As ações são desenvolvidas por meio dos Cantos Mãe Coruja, espaços físicos que estão presentes nos municípios com mortalidade acima de 25 para cada 1000 nascidos vivos. Também neste caso se valoriza a integração entre as diferentes secretarias, bem como entre os níveis estadual e municipal.

O Programa Asas da Florestania Infantil, apelidado de Asinhas, é uma resposta à necessidade de assegurar o direito à Educação Infantil às crianças de quatro e cinco anos de famílias residentes em comunidades isoladas (localizadas em reservas extrativistas, às margens de rios e em assentamentos de zona rural) do Acre. O Asas da Florestania Infantil foi implementado em caráter experimental em 2009, em 12 municípios, com financiamento garantido por seis anos pelo Banco Mundial (até dezembro de 2014). Atualmente, trata-se de uma política pública de educação reconhecida pelo Conselho Estadual de Educação com base no parecer CEE/AC nº 46/2011. Neste caso, não se criou nenhuma nova lei, simplesmente se utilizou as leis existentes para criar um programa que atendesse uma prioridade pública: acesso à educação infantil para a população rural. O projeto é executado por meio da Secretaria de Estado de Educação e Esporte (SEE) em parceria com as prefeituras, atingindo já 18 municípios acreanos e atendendo 2.083 crianças em 2014. De 2009 a 2014, 11.719 crianças foram atendidas pelo programa em 10.418 famílias.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo, desde 2007, uma estratégia de fortalecimento de ações e políticas públicas voltadas para a primeira infância, denominada "Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) — Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional". Esta estratégia se insere no Programa de Aceleração do Crescimento na área da Saúde (PAC Saúde/Mais Saúde) e faz parte de um esforço nacional para redução das desigualdades e

promoção da saúde, com foco na primeira infância. Seu marco regulatório surge somente em 2009 por meio de Portaria do Gabinete do Ministro nº 2395, 7/10/2009, que institui um comitê técnico-consultivo para conduzir o programa. É uma política induzida pelo nível federal para os municípios. São criadas experiências piloto municipais por meio de convênios entre os níveis federal e municipal para que ocorra a integração de políticas públicas voltadas para a primeira infância com várias municipalidades.

Estes exemplos mostram que, quando há vontade política, diferentes instrumentos podem vir a ser utilizados como política pública: portaria, decretos, leis municipais e estaduais, etc. Todos esses instrumentos valorizam as estruturas existentes de secretarias e departamentos buscando a intersetorialidade necessária para um desenvolvimento harmônico da primeira infância.

Essas políticas são baseadas em alguns princípios comuns, embora possam estar presentes com maior ou menor claridade. Esses princípios são:

- Fortalecimento do papel da família como instituição primordial de cuidado, proteção, educação e formação dos vínculos afetivos na criança.
- Centralidade da criança como sujeito e cidadã, ponto de partida para a definição das ações.
- Atenção à integridade e integralidade da criança em seu desenvolvimento neuro-psíquico-motor.
- Integração de ações setoriais por meio da articulação dos organismos que têm atribuições na área dos direitos da criança, ou cuja atividade afeta a vida e o desenvolvimento infantil.

- Conjugação das visões humanista, científica e técnica na formação e desenvolvimento da criança.
- Acolhimento das diversidades étnica, cultural e de gênero na participação comunitária para o desenvolvimento infantil.
- Desenvolvimento profissional contínuo.

Outro elemento importante do componente político é a participação comunitária. A participação pode se manifestar de diferentes formas: como pressão junto a instituições oficiais com o intuito de obter respostas para demandas localizadas; como consulta; como ação direta; como contribuição em dinheiro ou em mão de obra; como aumento da organização e da consciência política; como compartilhamento de responsabilidades ou de informações[44].

Apesar da diversidade de interpretações, uma distinção importante pode ser feita entre aqueles que identificam participação como um meio e aqueles que a identificam como um fim. Quando participação comunitária é interpretada como um meio, ela geralmente torna-se uma forma de mobilização que visa um determinado objetivo. Quando participação é identificada como um fim, o objetivo não é algo fixo e quantificável, mas um processo cujo resultado é uma crescente e significativa participação no processo de desenvolvimento. Na verdade, não é a avaliação da participação como um meio ou como um fim que importa, mas a identificação do processo através do qual participação como um meio revela a capacidade de se desenvolver em participação como um fim[45].

Esta discussão inclui, portanto, um componente de *empowerment*, que, em uma tradução livre, poderia ser entendido como aumento de poder. Inclui ainda um processo de tomada de decisão e as di-

versas instâncias do exercício do poder. No entanto, uma vez que a participação encontra-se sempre relacionada a alguma ação, sua avaliação deve estar estreitamente ligada aos canais através dos quais ela é implantada, aos objetivos alcançados, à forma como é definida e aos instrumentos através dos quais seus resultados podem ser mensurados.

Em todos os programas e projetos encontramos, de alguma forma, o interesse na participação comunitária. Porém, de forma duvidosa: algumas vezes se confunde a participação dos pais ou cuidadores essenciais no modelo de visita domiciliar como participação comunitária, outras vezes se busca nas reuniões grupais, que também fazem parte do modelo de serviço ofertado como demonstrativo da participação comunitária. Porém, em nenhum dos casos a participação se dá como parte do processo de decisão do programa. De certa maneira, não se considera a comunidade como participante, mas como beneficiária do programa.

Uma questão frequentemente colocada na análise da participação comunitária diz respeito à participação das organizações locais de iniciativa da sociedade civil. As organizações comunitárias variam na forma através da qual trabalham no nível de mobilização que alcançam nos objetivos que estabelecem e na sua capacidade de redistribuir oportunidades e recursos em favor dos grupos que elas representam. Devido à diversidade de práticas de participação comunitária, torna-se difícil defini-la, analisá-la e, mais ainda, avaliá-la. A importância da participação comunitária para os programas de primeira infância pode ser evidenciada pelo papel que poderia cumprir para a perenidade das ações propostas. Assim, a participação comunitária deveria ser vista como um processo que serve a um ou mais dos seguintes objetivos:

a) Empoderamento: como explicado anteriormente, o alcance deste objetivo leva a uma distribuição equitativa de poder e a um alto nível de consciência e de força política. A participação comunitária seria, desta forma, um meio de habilitar pessoas a iniciar ações baseadas em sua própria iniciativa e organização e, assim, influenciar os processos e os resultados do desenvolvimento.
b) Criando capacidades: deve ser entendida em dois sentidos. O primeiro é em relação ao resultado da educação dos pais e cuidadores. Isso inclui onde adquirir novos conhecimentos, habilidade e atitudes que determinarão sua relação com a criança em desenvolvimento. O segundo é a aquisição da capacidade de tornar-se um agente ativo de disseminação do aprendizado junto à sua comunidade. Nesta circunstância, a participação se faz como parte da própria dinâmica de definição e implantação de um projeto. Para tanto, a capacitação deve valorizar o compartilhamento de tarefas relacionadas à administração do projeto, através da assunção de responsabilidades operacionais como, por exemplo, seu monitoramento ou sua sustentação.
c) Eficácia: a participação comunitária pode ainda resultar em um aumento da eficácia do projeto, ou seja, quando o envolvimento dos usuários contribui para um projeto mais adequado, um projeto no qual os serviços propostos correspondem e atendem as necessidades dos usuários.
d) Eficiência: ocorre quando a participação comunitária é utilizada para facilitar o fluxo do projeto através da promoção de consenso, da busca de cooperação e interação entre os usuários e entre eles e as instituições responsáveis, com a finalidade de reduzir atrasos, minimizar custos e manter metas e prazos estabelecidos.

e) Compartilhamento de custos: dá-se quando a participação comunitária significa que os usuários deverão contribuir com dinheiro ou mão de obra ou assumir a manutenção do projeto, visando ao barateamento de seu custo. Este seria o resultado ideal esperado para que ocorra a sustentabilidade e perenidade de um programa ou projeto. A comunidade se torna dona de seu futuro ao assumir as ações de definição, execução e controle das ações que resultam em seu próprio benefício presente e futuro.

Em nenhum dos casos identificados e descritos da primeira infância ocorre uma clara definição da busca da sustentabilidade do programa ou projeto por meio da participação comunitária. Em outras palavras, a participação é ainda entendida como meio e não como um fim.

b. Dimensão econômica

A análise do financiamento de uma política social para a primeira infância implica em, primeiro, conhecer como a área social é considerada numa estratégia de desenvolvimento, já que no caso brasileiro existe historicamente uma submissão da política social à política econômica[46]. Em geral, as políticas sociais são apresentadas como políticas específicas e isoladas, sem guardar coerência estratégica entre si, de caráter compensatório e assistencial, e sem articulação com as políticas econômicas de desenvolvimento.

Para tanto é necessário entender a relação entre a necessidade de financiamento do setor público, o orçamento fiscal e as políticas públicas. Sabemos que o orçamento público deveria exprimir uma relação político-econômica entre os governos e a sociedade. Na

perspectiva do federalismo fiscal brasileiro exprime também uma relação entre níveis de governo, com divisão de poder pactuada e traduzida em partilha de recursos, realizada através de transferências constitucionais e processos de descentralização de recursos fundo a fundo com estados e municípios.

Essa delicada construção é extremamente difícil num país tão desigual como o Brasil, onde os interesses estão, por definição, desigualmente representados do ponto de vista regional, social e econômico, mas também do ponto de vista da distribuição de poder nas relações intergovernamentais entre a União, os Estados e os municípios. Não é fácil criar um amálgama federativo nesse universo fragmentado e diferenciado, com clientelas estabelecidas. Para tanto, seria necessária uma delicada engenharia político-social, assim como uma visão comprometida com essas prioridades de gasto e sua manutenção em longo prazo por muitos e diversos atores que deveriam atuar num ambiente de transparência e cobrança de resultados para e com a sociedade. Infelizmente, esta obra de engenharia ainda é uma utopia na nossa realidade.

Para tentar identificar a existência de uma preocupação pela dimensão econômica por parte dos responsáveis pelos programas, buscamos conhecer os informes resultantes de eventuais avaliações realizadas. Isto porque o tema de avaliação de programas e projetos sociais e políticas públicas é um tema que, cada vez mais, ganha destaque e importância na busca de aprimoramento das ações e investimentos sociais. Nesse contexto, ganha também relevância a avaliação econômica, instrumento importante para subsidiar a gestão e o aprimoramento dos projetos, aperfeiçoar a alocação dos recursos e propiciar a prestação de contas a financiadores, participantes e sociedade em geral.

Ao observar as avaliações realizadas encontramos algumas características e peculiaridades dos programas de primeira infância que devem ser explicitadas e que dizem respeito, principalmente:

a. Ao fato de os programas sociais serem em geral concebidos e desenvolvidos para atender a objetivos genéricos, múltiplos e de difícil verificação *a priori*, uma vez que o desenvolvimento da primeira infância depende de inúmeros fatores relacionados aos contextos (econômico, social, político, cultural) no sentido das limitadas possibilidades de identificação dos mesmos, de descrição detalhada (quando da formulação inicial dos programas) e de hierarquização daquelas prioritárias e que devem funcionar como variáveis a serem avaliadas.
b. À descentralização operacional dos programas, que requerem com frequência montagens organizacionais e administrativas complexas, e cujos objetivos são implementados e executados pelos agentes que são, por sua vez, organizações complexas (como os próprios entes estaduais e municipais, e suas diferentes secretarias e departamentos compondo conselhos e comitês operacionais), o que permite antever problemas de coordenação (entre objetivos dos programas e objetivos dos diferentes agentes que respondem a diferentes estruturas administrativas, bem como no compartilhamento de recursos finitos que devem ser compostos para o financiamento dos programas) de superação difícil.
c. Às regras de financiamento e de repasses adotadas que, em geral, não são integradas e estruturadas pelos objetivos que se pretende estimular, inclusive pelas dificuldades de mensuração dos objetivos dos programas, o que tende a limitar o poder de incentivo das regras e dos mecanismos de financiamento.

d. Ao horizonte de vigência dos programas sociais que, em geral, transcendem os anos fiscais e orçamentários e submete os programas a restrições globais de recursos e disputas periódicas por verbas, de um lado e de outro, em sentido positivo ou não, aos mecanismos formais de controle das atividades governamentais. Essa característica pode integrar a revisão de contratos, o monitoramento e as renegociações ao conjunto de mecanismos gerenciais dos programas.

Outra questão que influencia o entendimento sobre a avaliação dos programas de primeira infância diz respeito a quais são as dimensões desejáveis de desempenho que devem ser avaliadas e que traduziremos como exigências de efetividade, de eficiência e de eficácia dos programas de governo. No uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover impactos pretendidos para transformar a realidade na qual o programa atua; a eficiência denotaria competência para se produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços; e a eficácia, por sua vez, remete à realização das atividades e ações propostas para o programa. Neste sentido, eficiência e eficácia representam avaliações de processos, o que envolve tanto a gestão como o modelo de trabalho proposto, quanto, por exemplo, a visita domiciliar que é adotada por todos os programas. Interessante notar que a grande maioria das avaliações a que tivemos acesso demonstra uma preocupação com a avaliação das atividades em seus aspectos quantitativos (população atendida, número de participantes em treinamentos, número de treinamentos, número de visitas domiciliares realizadas, etc.). De maneira residual encontramos informações sobre impacto sobre a família ou cuidadores e, mais raramente, sobre algum impacto sobre a própria criança.

Sabemos também que qualquer que seja a avaliação de um programa e o reconhecimento dos seus aspectos de funcionamento considerados os mais importantes, deve começar antes do início do próprio programa que se pretende conhecer, avaliar e analisar. Os programas não realizaram nenhum estudo de linha de base ou marco zero com a identificação dos indicadores que serviriam para demonstrar o impacto do programa. Em geral, iniciaram as avaliações disponíveis em algum momento depois dos programas estarem em andamento. Isto implica em sérias dificuldades para análise crítica dos resultados mensurados. Como resultado, as avaliações se tornam descritivas e pouco analíticas.

E é nesta situação que percebemos a pobreza de avaliações econômicas dos programas. Sabemos que a avaliação econômica conjuga dois tipos de avaliação que se complementam: a avaliação de impacto e o cálculo de seu retorno econômico. A avaliação de impacto tem por principal objetivo inferir causalidade entre o projeto ou programa e os resultados obtidos, ou seja, pretende responder à pergunta: o que teria ocorrido aos beneficiários, caso eles não tivessem participado do projeto? Já o retorno econômico compara o investimento no projeto com os benefícios gerados ao longo da vida de seus participantes. Trata-se, portanto, do retorno social do programa, uma medida econômica relevante para a própria gestão do programa e também para a comparação de resultados entre programas sociais.

A justificativa para o argumento estaria na objetividade do critério custo-benefício (retorno econômico) que, ao monetizar os impactos sociais ou benefícios do projeto e compará-los a seus custos, possibilitaria uma análise sem subjetivismos. Embora esta justificativa tenha grande importância para a sustentabilidade de uma proposta

de transformação para a sociedade, ela também traz sérias dúvidas. Isto porque qualquer análise custo-benefício na área social necessita estabelecer como premissas uma série de hipóteses. E, dentre elas, a de controlar as diferenças entre as populações que fazem parte do programa e aquelas que fazem parte do grupo controle.

Outra maneira de avaliar os programas sociais se baseia no critério de efetividade que está ligado à avaliação de impacto em que se pressupõe que tenham sido estabelecidas, quais as mudanças que o programa pretende fazer na população alvo e que tenha estabelecido quais os indicadores demonstram que essas mudanças ocorreram. Isto implica no entendimento da mensuração custo-efetividade. Neste caso, não há a necessidade de monetizar os resultados sociais atingidos.

Estudos realizados pelo Prêmio Nobel da Universidade de Chicago, professor James Heckman, buscam mensurar os ganhos de investir na primeira Infância. Heckman defende que os investimentos no desenvolvimento da primeira infância é uma maneira fiscalmente responsável dos governos investirem seus recursos para reduzir custos sociais e gerar crescimento econômico[47].

Entretanto, em nenhum dos programas realizados por entes públicos encontramos suficiente informação para realizar uma análise econômica e mesmo a preocupação em definir a dimensão econômica dos programas de primeira infância.

c. Dimensão social

Todos os programas de primeira infância, embora formulados em esfera federal ou estadual, têm como foco o domicílio familiar e como espaço de atuação o município.

Ao observar os diferentes programas, não restam dúvidas de que no mundo domiciliar circulam modos particulares de organização familiar, que afetam a vivência de suas crenças, valores e sua relação com os recursos sociais. É necessário um cuidado especial quando se toma a família como unidade de intervenção nas políticas sociais, face ao reconhecimento crescente que ela pode exercer um papel importante na melhoria das condições de bem-estar e dignidade das crianças[48].

Frente aos novos riscos sociais nas sociedades contemporâneas, decorrentes das transformações verificadas no mercado de trabalho, na demografia e nas dinâmicas intrafamiliares, os programas representam oportunidades de repensar o nexo da relação entre Estado e famílias, para que nenhum grupo social ou tipo de configuração familiar esteja sistematicamente em situação de exclusão.

Não há dúvida de que as relações entre os membros das famílias podem ter implicações que geram externalidades positivas ou negativas à sociedade. Desta forma, conhecer as famílias é importante para a elaboração das políticas sócio-familiares. Por exemplo, as características das famílias afetam o rendimento escolar das crianças, como confirma a pesquisa da CEPAL: "O grau de organicidade da família, o capital educacional dos pais, a possibilidade e o interesse dos pais em dedicar horas ao acompanhamento dos estudos dos filhos, o nível de superlotação da casa mostram uma relação direta com o desempenho na escola[49]".

A vulnerabilidade aos novos riscos sociais, como visto, não é idêntica para todos os segmentos sociais. Não é difícil reconhecer os grupos sociais mais suscetíveis às maiores perdas: aqueles pouco qualificados para as demandas do mercado de trabalho, cada vez mais exigente quanto à formação dos trabalhadores, os jovens com maior dificuldade de acesso ao primeiro emprego, e as famílias mo-

noparentais femininas. Em todos os programas existe um direcionamento privilegiado a esses grupos de maiores riscos, nos quais a criança não recebe a atenção necessária para seu crescimento e desenvolvimento.

Porém, os programas diferem quanto à relação que se estabelece entre as famílias e a política social na maneira de abordá-las. Embora o foco seja a criança na primeira infância existe uma preocupação com a família. Por exemplo, no Programa Mãe Coruja Pernambucana está presente um componente relativo à saúde reprodutiva em que a família é objeto da política. Neste caso, a política é compreendida como meio para obter determinado perfil ou padrão familiar, como é o controle de natalidade. Já no caso do PIM, a família é entendida como instrumento da política social. Nesse caso, cabe à família um papel funcional na execução da política, como o de ser instruída e acompanhada para o desenvolvimento da criança.

Em todos os programas, considerar o grupo familiar em sua diversidade e movimento como eixo organizador e potencializador dos impactos e efeitos das políticas sociais, demanda a adoção de parâmetros sensíveis ao protagonismo das famílias e ao seu processo de inclusão. Os programas comprometidos com a inclusão social das famílias buscam facilitar-lhes o processo de tomada de decisões quanto às suas vidas, mobilizando nelas a capacidade de agir. Neste sentido, o grupo familiar torna-se sujeito ativo em sua capacidade de provisão de bem-estar de suas crianças. Tratam-se de parâmetros que traduzem inovações nas administrações públicas e que "dizem respeito a ações que se inspiram em um conjunto de valores, tais como descentralização, transparência, participação, redução de desigualdades, otimização da aplicação de recursos públicos, sustentabilidade ambiental, inclusão[49]."

Por outro lado, a escolha da esfera municipal de gestão deve-se ao fato que, desde 1988, com a promulgação da Constituição, os municípios brasileiros foram outorgados como novas centralidades de execução de políticas sociais, tendo em vista a consideração estratégica da "proximidade do cidadão com o governo local". Ou seja, desde o período citado, a descentralização da gestão de políticas sociais se tornou um marco institucional no País. Em outras palavras, é na esfera municipal que se espera que a participação cidadã seja mais concreta e que influencie a prestação de serviços resultantes das políticas públicas. É nessa esfera que se deve garantir e promover os direitos, principalmente no que diz respeito aos grupos sociais e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Assim, o município se torna o lugar preferencial para que a população participe da formulação, do controle e da avaliação das políticas públicas sociais.

A descentralização nos campo das políticas públicas, tendo o município como esfera de coordenação e execução, não significa um capítulo distinto das relações mais amplas entre governo e sociedade. As críticas à centralização das políticas sociais por parte do Governo Federal convergem para propostas de gestão participativa e da relevância da escala local das decisões.

A proposta da escala local como espaço privilegiado da gestão e execução de políticas públicas sinaliza três questões fundamentais: a necessária superação da distância entre os agentes formuladores das ações e o público beneficiado, a correspondência efetiva entre a qualidade da ação e as demandas de grupos sociais em "situação de vulnerabilidade" e, em especial, a realização das ações públicas sob controle social dos cidadãos. Portanto, o significado da descentralização assume um horizonte mais amplo do que uma simples passagem de atribuições entre entes federativos, uma vez que assi-

nala uma proposta radical na direção do *empoderamento* cidadão pautado em uma gestão territorial de proximidade.

No caso dos programas de primeira infância encontramos ações públicas e instituições diversificadas — secretarias municipais e órgãos executores de políticas sociais, organizações não governamentais, conselhos de direitos (especialmente da saúde, educação, promoção social, direitos da infância e adolescência) com a participação da sociedade civil e representantes públicos, associações de moradores e entidades associativas — com o objetivo de garantir direitos e a participação social. Estas relações configuram a existência de uma Rede de Proteção Social ao nível do município em atendimento ao Artigo 227[22] da Constituição de 1988, já mencionado anteriormente.

Em 1990, esse artigo da Constituição foi regulamentado por meio do ECA, que o reproduz e inclui os deveres da comunidade, ou seja, a parte da sociedade mais próxima da criança. Já o artigo 86 do ECA, configura o que denominamos Rede de Proteção Social e dela podemos extrair o papel de cada um dos segmentos na temática da infância, papel esse que a lei estabelece como dever[23]. Todos os programas funcionam como instrumentos de fortalecimento dessa Rede no nível municipal.

d. Dimensão tecnológica

Para explorar a dimensão tecnológica dos programas de primeira infância é interessante conhecer o que é uma Tecnologia Social (TS). Ela pode ser entendida como o

> *[...] conjunto de técnicas, metodologias transformadoras, desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e apropriada*

por ela, que representam soluções para a inclusão social e melhoria das condições de vida[50].

Isto implica em aceitar um principio básico: aprendizagem e participação nos processos, pois a transformação social implica compreender a realidade das identidades locais em que qualquer indivíduo potencialmente é capaz de produzir conhecimento e aprender.

Neste sentido, é possível identificar nos programas de primeira infância uma série de elementos que caracterizam uma TS, embora não uniformemente presentes em todos os programas. Esses elementos são:

- Quanto à sua razão de ser — os programas visam à solução de demandas sociais concretas, vividas e identificadas pela população.
- Quanto ao papel da população — há participação, apropriação e aprendizagem por parte da população, especialmente famílias e outros agentes envolvidos. Promove o *empoderamento* da população, a troca de conhecimento entre os agentes envolvidos, a transformação no modo de as pessoas se relacionarem com algum problema ou questão de suas realidades e necessidades de maneira participativa.
- Em relação à sistemática — há planejamento, aplicação ou sistematização de conhecimento de forma organizada por meio de programas de capacitação e treinamento.
- Em relação à formulação de conhecimentos — há produção de novos conhecimentos com base na prática.
- Acerca de uma direção para o conhecimento — enfatiza o conhecimento para a solução de problemas sociais vividos pela

população, amplia a noção de conhecimento (conhecimentos tradicional, popular e experimentações realizadas pela população, assim como o conhecimento técnico científico podem constituir fonte de soluções) e ressalta a importância de processos de monitoramento e avaliação de resultados e impactos de projetos.

- Em relação à aplicação de escala — enseja aprendizagens que servem de referências; produz, permanentemente, as condições favoráveis que deram origem às soluções, de forma a aperfeiçoá-las e multiplicá-las.

Em razão da complexidade e da ampla diversidade de características inerentes à tecnologia social, é possível agrupar um número menor de dimensões essenciais, que reúnem vários aspectos afins, caracterizando-se, então, de propriedades que perpassam toda e qualquer TS e que não podem faltar para que um programa, atividade ou experiência se constitua uma TS. São as quatro dimensões essenciais das tecnologias sociais:

a) do conhecimento, ciência tecnologia e inovação;
b) da participação, cidadania, democracia;
c) da educação;
d) da relevância social.

Neste sentido, podemos dizer que a TS mais importante utilizada pelos programas de primeira infância é a visita domiciliar.

O ambiente familiar constitui o contexto primário para o desenvolvimento de lactentes e crianças pequenas. No ambiente da família e do lar, as pessoas responsáveis garantem os cuidados, a supervisão e a interação com o mundo físico e social de que bebês e

crianças pequenas necessitam para crescer e desenvolver-se. Muitos fatores podem afetar a capacidade dos cuidadores para atender essas necessidades básicas. A idade e a maturidade dos cuidadores, sua saúde física e mental, o nível educacional e a situação econômica configuram o ambiente em que a criança vive.

Algumas vezes, a saúde e o desenvolvimento da criança impõem desafios em relação aos cuidados necessários — por exemplo, quando a criança tem problemas graves de saúde ou histórico de comprometimento no momento do parto (como baixo peso ao nascer), ou ainda retardo ou deficiência de desenvolvimento.

Programas de visita domiciliar foram idealizados e implantados para apoiar as famílias no que diz respeito ao provimento de um ambiente que promova o crescimento saudável e o desenvolvimento de seus filhos. Os programas podem direcionar os serviços para famílias e cuidadores em situação particularmente desfavorável, que dificulte o estabelecimento e a manutenção desse ambiente necessário. Podem também focalizar famílias nas quais a criança é mais vulnerável do que a maioria por questões de saúde ou de desenvolvimento.

Assim, muito dos programas adotam a visita domiciliar como o modo de prestação de serviço utilizado para fornecer muitos tipos diferentes de intervenção aos participantes-alvos[51]. Nos programas encontramos uma variedade de objetivos, clientes, provedores de serviços, atividades, horários e estrutura administrativa. Entretanto, compartilham elementos comuns. Os programas de visita domiciliar fornecem serviços estruturados: 1) na moradia da família ou em espaços da comunidade onde vivem quando em atividades coletivas; 2) prestados por agentes e profissionais capacitados; 3) destinados a alterar conhecimentos, convicções e/ou comportamentos de

crianças, cuidadores ou outros adultos nesse ambiente de atendimento e a fornecer apoio parental[52].

As visitas domiciliares são estruturadas de modo a garantir a continuidade do atendimento de um participante a outro, de um prestador de serviços a outro, e de uma visita a outra, vinculando as práticas do programa aos resultados desejados. Um protocolo de visita, um roteiro formal, um plano de atendimento individualizado e/ou uma estrutura teórica específica servem como base para as atividades que ocorrem durante as visitas domiciliares. Os serviços são realizados na moradia das famílias participantes e dentro de suas rotinas e atividades diárias. Os prestadores de serviços podem ser profissionais graduados ou credenciados, profissionais de nível médio ou voluntários, mas geralmente recebem algum tipo de capacitação em relação aos métodos e conteúdos do programa, para que possam atuar como referência para os cuidadores. Por fim, os programas de visita domiciliar tentam promover mudanças nas famílias participantes — em sua compreensão (crenças sobre os cuidados das crianças, conhecimento sobre o desenvolvimento infantil) e/ou suas ações (sua maneira de interagir com seus filhos ou de estruturar o ambiente) — ou nas crianças (mudança no nível de desenvolvimento, condição de saúde, etc.). As visitas domiciliares são também utilizadas como um meio para a gestão de casos, o encaminhamento para serviços comunitários existentes ou o provimento de informações para pais e cuidadores, reforçando sua capacidade de prover um ambiente familiar positivo para as crianças[52].

Os programas identificados que focam nas visitas domiciliares se utilizam não de pesquisas próprias, mas de pesquisas disponíveis na literatura que indicam que os programas de visita domiciliar produzem melhores resultados quando contratam prestadores de

serviço mais qualificados, como enfermeiras(os). Estão embasados em teorias de mudança de comportamento e desenvolvimento, focalizam fatores de risco empíricos e seguem um currículo/roteiro bem estruturado ao longo das visitas. Quando cumprem essas condições, os programas de visita domiciliar têm demonstrado resultados positivos. Uma das mensagens mais claras reveladas pelas pesquisas é que os benefícios funcionais e econômicos dos programas de visita domiciliar são maiores para famílias em situação de risco. Esta constatação significa que programas universais de visita domiciliar podem ser ineficientes e utilizam desnecessariamente recursos que poderiam ter melhor aplicação para famílias com maior probabilidade de beneficiar-se. Programas que dão bons resultados para famílias cujos filhos correm maior risco de ter problemas de desenvolvimento geralmente são aqueles que oferecem serviços abrangentes — focando as múltiplas necessidades das famílias — e, portanto, seu desenvolvimento, sua execução e sua manutenção podem ter custo mais elevado.

Alguns dos programas analisados não focam nas visitas domiciliares, mas, sim, na capacitação dos agentes que se relacionam com as crianças como TS escolhida para impactar a população infantil. A capacitação é um veículo importante, utilizado também nos programas de visitação domiciliar, nos quais os agentes ao redor da vida da família necessitam de treinamento para levar as boas práticas que promovem o desenvolvimento integral da primeira infância.

CAPÍTULO VI

Projeto Primeira Infância Ribeirinha (PIR)

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

A Bernard van Leer Foundation (BvLF), sediada em Haia, na Holanda, tem como foco o desenvolvimento da infância, atuando junto a parceiros nacionais que recebem recursos doados para a implantação de projetos inovadores. Em 2010, a Fundação Bernard van Leer BvLF comemorou 60 anos de doações internacionais e mais de 40 anos de esforços concentrados na melhoria substancial da vida dos cidadãos mais jovens. A partir de um processo de planejamento estratégico, a fundação estabeleceu e anunciou seu interesse em atuar e financiar projetos que estejam alinhados aos três objetivos seguintes:

- Dar escalabilidade a programas de qualidade que visam ao desenvolvimento da primeira infância.

- Reduzir a violência que afeta a vida das crianças.
- Melhorar o ambiente físico onde as crianças vivem.

A partir dessas definições e de informações organizadas pelo IDIS que demonstraram a importância do Brasil ser parte do foco de atuação da Fundação, o Brasil foi um dos países escolhidos para continuar a receber a sua assistência para a implantação de programas e projetos. Alguns dos fatores que fortalecem e alavancam a escolha do Brasil pela BvLF são:

- Crescente atenção e interesse de organizações da sociedade civil brasileira e de instâncias governamentais pelos objetivos estabelecidos pela Fundação.
- Existência de iniciativas e esforços, porém dispersos, para o desenvolvimento da primeira infância.
- Existência de um potencial de novos doadores a ser explorado, especialmente entre as empresas e as famílias de alto poder aquisitivo, para o co-financiamento das ações da Fundação.
- A existência de projetos de sucesso em pequena escala que poderiam ser levados à escala.
- A experiência bem sucedida da parceria entre a BvLF e o IDIS (Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social) para o planejamento e execução do programa REDIN (Early Childhood Education Network) em 2005. O IDIS, como uma Organização da Sociedade Civil, possui competência e capacidade para mobilizar os estudiosos, líderes comunitários e instâncias governamentais locais em benefício de uma participação estratégica da filantropia no desenvolvimento global da sociedade brasileira.

O IDIS, como organização parceira da BvLF, foi contemplado com a possibilidade de planejar e organizar um projeto para o desenvolvimento da primeira Infância no Estado do Amazonas em parceria com a Secretaria da Saúde (SUSAM) e com a Fundação Amazonas Sustentável (FAS). A FAS e a SUSAM foram responsáveis pelo desenvolvimento do projeto piloto denominado como PIR — Primeira Infância Ribeirinha, que passou a ser implantado a partir de 2011 e que é apresentando neste capítulo.

O IDIS surge em 1999 para se tornar uma referencia na geração e disseminação de conhecimento e práticas inovadoras sobre o investimento social privado. Assume como sua missão fazer desse investimento um instrumento para uma sociedade mais justa e sustentável.

O IDIS entende que o investimento social privado é a alocação voluntária e estratégica de recursos privados, sejam eles financeiros, em espécie, humanos, técnicos ou gerenciais, para o benefício público. Para produzir impacto e promover a transformação social, esse investimento depende de pesquisa focada, planejamento criativo, estratégias pré-definidas, execução cuidadosa, monitoramento e avaliação de seus resultados.

Nesse sentido, deve ser entendida a parceria do IDIS com a BvLF. Como um investidor social privado, a Fundação busca maximizar os beneficios resultantes de seus investimentos. E para maximizar esse investimento no PIR, o IDIS passou a atuar como um facilitador do processo de planejamento, organização, implantação e avaliação dos resultados.

Como vimos anteriormente, o termo "desenvolvimento da primeira infância" inclui serviços devotados ao crescimento físico e intelectual de crianças em seus primeiros anos de vida (de zero a seis anos). Essas

ações incluem serviços de saúde, nutrição e educação dos pais, creches, pré-escolas e também visitas domiciliares por profissionais treinados. Intervenções importantes no início da vida são vistas como pequenos investimentos que geram altos retornos no bem-estar físico, mental e econômico durante a vida da criança e do adulto. As pesquisas também demonstram que as intervenções precoces são especialmente benéficas para crianças em situação de vulnerabilidade.

Os desafios da primeira infância no País, especialmente na região Norte, onde se situa o Estado do Amazonas, são muitos. A miríade de temas que precisam ser enfrentados possuem três origens destacadas:

a. Heterogeneidade espacial e regional: no Brasil, o âmbito federativo predominante do atendimento à primeira infância é o município. A provisão dos serviços, em termos, por exemplo, da cobertura de serviços de saúde, modelos possíveis, serviços prestados, qualidade do atendimento, disponibilidade e qualificação dos recursos humanos, dentre outros — encontra-se em patamares muito distintos nos 62 municipios do Estado do Amazonas, especialmente nos municípios menores da Amazônia profunda, e localizados a grande distância de cidades de maior porte e oferta de serviços.
b. Multidimensionalidade do desenvolvimento infantil: o cuidado da primeira infância vai além dos aspectos cognitivos e temas relacionados à saúde. Desenvolvimento físico e nutricional, aspectos psicossociais, interação com fatores ambientais e contextos familiares exigem uma visão integral em termos de áreas de conhecimento e metodologias a serem utilizadas no atendimento.
c. Governança e inter-setorialidade: esta visão multidimensional do desenvolvimento na primeira infância exige uma articulação

entre distintos setores públicos, mas também em articulação com a sociedade civil e com o meio empresarial. Diante do desafio de construir uma rede de prestação de serviços que atue de maneira capilar atingindo toda e qualquer criança dentro do território em cada um dos municípios e com a qualidade que atenda aos direitos de cada criança.

2. A REALIDADE AMAZÔNICA

Compreendemos o desafio que representa o atendimento dos direitos e necessidades da primeira infância na região Amazônica por razões geográficas, culturais, sociais e também pela ausência de políticas públicas específicas para este grupo populacional.

Os povos da Amazônia não vivem isolados no tempo e no espaço, pelo contrário, sempre estabeleceram — e continuam a estabelecer — relações de trocas materiais e simbólicas entre si, com as comunidades vizinhas e com os agentes mediadores da cultura, entre o mundo rural e o urbano e a vida em escala global. A ideia de que esses povos sustentam um modo de vida estritamente tradicional não deve ser considerada, tal como se vivessem de modo estático e congelado. Suas manifestações culturais e sociais se expandem pelo mundo urbano e vice-versa, assimilando algumas práticas e rejeitando outras. Ainda que reproduzam manifestações ditas tradicionais em suas vidas cotidianas, não podemos afirmar que esses grupos sociais não estejam inseridos em um processo progressivo de diferenciação e transformação.

Os numerosos grupos sociais que habitam a Amazônia desenvolvem um singular estilo de vida, transmitindo seus costumes e práticas culturais de geração em geração, sem, muitas vezes, haver um reconhecimento político de suas existências.

Diante das transformações foram definidos povoados, rotas, caminhos, hábitos e identidades — enfim, territórios. Em face das misturas e presenças entremeadas nesse vasto território emergiram diferentes tipos sociais, trabalhadores que, diante das condições mais adversas, inventaram e reinventaram formas de sobrevivência, adaptaram-se passiva e ativamente às sutilezas complexas dos seus múltiplos ecossistemas.

Em 2010, o Estado do Amazonas tinha uma população de 3.480.937 habitantes, distribuidos numa área de 1.570.745,680 km², o que leva a uma densidade demográfica de 2,21 habitantes por km². A população menor de quatro anos de idade representava 371.367 habitantes. O número de famílias residentes na área rural era de 124.268. A mortalidade infantil (antes de completar um ano) foi de 24,3 por mil (2009), a expectativa de vida era 72,2 anos (2009), e o índice de analfabetismo era 9,9% (2010)[53].

Assim, preliminarmente, para iniciar o planejamento de um projeto para a primeira infância direcionado a esta realidade, foi necessário o estabelecimento de um roteiro de pontos relevantes que deveriam ser analisados e desenvolvidos, e que poderiam ser eventualmente encontrados nos projetos e programas que fazem parte do Anexo desta publicação. Estes pontos foram:

1. Aumento da cobertura dos serviços no Estado do Amazonas para atender toda e qualquer criança entre zero e seis anos em seus direitos e necessidades.

2. Estabelecimento de um projeto piloto para criar e estabelecer um modelo de prestação de serviço que seja factível para a realidade dos pequenos municípios e viável dentro da realidade econômico/financeira desses municípios.
3. Avaliação e monitoramento da implantação do projeto piloto para gerar aprendizado que poderá ser levado à escala por meio de uma política pública estadual para a primeira infância.
4. Treinamento e condições de trabalho apropriadas para as equipes profissionais, especialmente para o Agente Comunitário de Saúde (ACS).
5. Estímulo a um processo participativo das comunidades e famílias atendidas para a demanda da melhora continuada da qualidade dos serviços.
6. Eficiência nos gastos que atenda à relação entre customização de serviços e orçamento de programas para a primeira infância em secretarias municipais.
7. Replicabilidade de experiências e políticas inovadoras para os estados da região Norte.

3. PROJETO PRIMEIRA INFÂNCIA RIBEIRINHA (PIR)

A concepção e o planejamento do PIR resultaram da observação dos pontos acima elencados, bem como da busca dos elementos exitosos dos programas e projetos identificados e adaptados à realidade brasileira e que se encontram descritos no Anexo, bem como da vivência e prioridades da SUSAM e da FAS, apoiado pelo Comitê

Consultivo do projeto. O projeto busca contribuir para o desenvolvimento integral das crianças nas comunidades ribeirinhas do Estado do Amazonas, subsidiando a criação de políticas públicas inclusivas em benefício das crianças pequenas dessas áreas.

O projeto tem como objetivos:

1. Desenhar um modelo de serviço para atendimento de famílias com crianças de zero a seis anos na Amazônia profunda.
2. Estabelecer o percurso formativo dos visitadores (agentes comunitários de saúde — ACS).
3. Capacitar os ACS para que possam orientar e apoiar as famílias para a promoção do desenvolvimento saudável de crianças de zero a seis anos em comunidades ribeirinhas do Amazonas.
4. Servir de base para a implantação em escala do modelo de serviço proposto, permitindo a avaliação das necessidades de ajustes no modelo e no percurso formativo.
5. Dar subsídios para o estabelecimento de uma política pública estadual que se beneficie dos aprendizados do projeto piloto que podem ser levados à escala.

Como o papel do IDIS neste projeto é o de articular uma proposta inovadora para a BvLF, o protagonismo para o planejamento e implantação do PIR pertence a duas organizações: a Secretaria da Saúde (SUSAM) e Fundação Amazonas Sustentável (FAS).

A SUSAM tem como objetivo a formulação das políticas estaduais de Saúde, em consonância com as diretrizes nacionais e com os planos de desenvolvimento do Estado. Para tanto, coordena e desenvolve atividades relacionadas à universalização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A FAS é uma instituição privada, sem fins lucrativos, não governamental e sem vínculos político-partidários. Foi criada em 2007, por meio de uma parceria entre o Governo do Estado do Amazonas e o Banco Bradesco. Sua missão é de promover o desenvolvimento sustentável, a conservação ambiental e a melhoria da qualidade de vida das comunidades que habitam nas unidades de conservação no Estado do Amazonas. A FAS entende o desenvolvimento sustentável como o conjunto de processos participativos direcionados para a melhoria da qualidade de vida e fortalecimento das relações da sociedade com os ecossistemas locais, reconhecendo e expandindo seus laços e compromissos sociais, culturais, econômicos, espirituais e ecológicos com o objetivo de buscar a sustentabilidade em todas as suas dimensões, garantindo assim o acesso a condições mínimas de sobrevivência, melhoria da qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e organização social.

Esses parceiros partiram de um consenso básico para a concepção do PIR: as pessoas são as principais beneficiárias e agentes do desenvolvimento sustentável em suas múltiplas vertentes. Assim, é inaceitável que crianças nasçam e cresçam sem as oportunidades de desenvolvimento e garantia de seus direitos por ausência de investimento.

É sabido que, ao priorizar a primeira infância, maximizam-se os investimentos sociais, uma vez que estes investimentos apresentam uma elevada taxa de retorno, pois possibilitam transformações persistentes e duradouras nas habilidades cognitivas e executivas durante toda a vida de um indivíduo. Com isso é possível aumentar a eficiência das ações futuras, bem como possibilitar um longo período de retorno do investimento realizado, mesmo na Amazônia profunda onde a compreensão da geografia e da demografia embutem custos adicionais e limitações operacionais que não devem ser

desconsiderados no planejamento das ações propostas. Tais limitações têm instituído obstáculos para o acesso às políticas públicas por parte das comunidades ribeirinhas.

Para ser levado à escala, o projeto analisou e desenhou estratégias que gerassem um modelo de ação factível e viável com base no desenvolvimento de competências locais. Essa foi a ideia que engendrou e consolidou a proposta de atuação do PIR, mesmo sabendo que esse processo esbarra no fato de que nessas comunidades é incomum a disponibilidade de profissionais com níveis educacionais mais elevados para propagar ações em prol do desenvolvimento infantil.

Em 2012, o IDIS, em parceria com a FAS e a SUSAM, realizou em Manaus um evento de compartilhamento de experiências com a presença de representantes de projetos brasileiros de destaque: Programa Primeira Infância Melhor — PIM (RS), Programa Mãe Coruja Pernambucana (PE), Programa Trevo Quatro Folhas (Sobral/CE) e Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis. Além destes projetos, o IDIS coletou informações sobre o programa Asas da Florestania (AC), projeto Primeiríssima Infância da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (SP) e projeto Valorizando uma Infância Melhor da Fundação Lúcia e Pelerson Penido (SP), que se encontram sistematizados no Anexo desta publicação. Estas informações enriqueceram o processo de elaboração do PIR e, posteriormente, de uma proposta de política pública elaborada pela SUSAM com apoio do IDIS.

Por fim, o modelo de serviço proposto foi elaborado pela FAS (Fundação Amazônia Sustentável) e SUSAM (Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas), com a participação das equipes de coordenação de saúde dos três municípios envolvidos na aplicação do

projeto piloto. Contou também com a colaboração de profissionais do PIM neste processo. Posteriormente, foi enviado a um Comitê Consultivo, composto por indivíduos com conhecimento técnico relacionado à primeira infância, para análise e recomendações.

4. O MODELO DO PIR

O Programa Saúde da Família (PSF) possui grande capilaridade no interior do Amazonas, tendo pelo menos um Agente Comunitário de Saúde (ACS) em praticamente cada comunidade. Todos os 62 municípios contam com equipes locais. Existem atualmente 586 equipes implantadas cobrindo uma população de 1.932.000 pessoas. Por sua vez, existem 6.245 ACSs[54]. Esses agentes são, na maioria dos casos, residentes nas próprias comunidades e têm amplo acesso às residências, abertura em relação às famílias, conhecimento da cultura e dinâmicas sociais locais. A proximidade com as pessoas das comunidades ribeirinhas, seu contexto social e cultural faz do ACS um facilitador do processo de comunicação dos conteúdos e orientações que se pretendem disseminar para a população ribeirinha. Nesse sentido, o ACS é considerado uma liderança para a comunidade, com responsabilidade sobre um número não superior a 80 famílias dispondo, portanto, de tempo para proceder as visitações na frequência necessária já que realiza pelo menos uma visitação mensal para acompanhar o desenvolvimento físico das crianças.

A presença do ACS, já integrado e institucionalizado num programa regular, tendo a visita domiciliar como parte de sua rotina,

representou o ponto de partida para estabelecer o modelo de serviço do PIR. Esta decisão permitiu que o projeto piloto se tornasse viável, bem como a política pública resultante pudesse ser implantada com custos marginais para ser absorvido pela administração pública.

A visita domiciliar foi então definida como elemento tático e operacional para levar educação e acompanhamento à população em primeira infância. Esta opção não representa nenhuma novidade diante da extensa experiência já documentada internacionalmente e nacionalmente, e sua eficácia também está amplamente documentada na literatura, especialmente para famílias social e geograficamente isoladas que não têm acesso regular a serviços públicos.

Para dar consistência e como forma de aproveitar inteiramente o tempo de visita do ACS às famílias no que se refere à primeira infância, procedimentos e condutas foram definidos, e que passaram a ser parte da capacitação/formação dos ACS. Esse percurso formativo foi desenvolvido em cinco etapas, num período de 18 meses, abordando temas técnicos e habilidades que permitissem ao ACS usar todo o potencial da visita domiciliar. O objetivo principal destas capacitações é incorporar nas práticas do ACS os conteúdos necessários à promoção do desenvolvimento integral das crianças ribeirinhas. É válido ressaltar que durante as capacitações os agentes receberam materiais educativos, didáticos e de saúde para utilizar em suas visitas. O processo educacional do ACS valoriza momentos de aquisição de conhecimento e momentos de práticas, quando por meio de supervisão e monitoramento, sua capacidade de atuação é avaliada e corrigida se necessário. As capacitações contaram com a contribuição importante de profissionais do PIM,

que se deslocaram até as comunidades para apresentar conhecimentos e práticas sobre o desenvolvimento da primeira infância. Esta atividade também levou novos conhecimentos e práticas ao PIM, que se beneficiou de experiência alternativa de intervenção para o benefício das crianças.

A eficácia das capacitações e das supervisões também deve ser avaliada para a validação da metodologia, bem como para a construção de uma política pública que atinja aos objetivos necessários para o desenvolvimento da primeira infância no Amazonas. Foi estabelecido um protocolo de avaliação das ações do projeto piloto, operacionalizado durante as supervisões. Essa avaliação de processos serve para verificar o funcionamento do modelo de serviço proposto, ou seja, permite analisar se a visita está sendo conduzida conforme planejada, se os conteúdos estão sendo assimilados pelas famílias, além de diagnosticar dificuldades encontradas pelo ACS.

Além das visitas e capacitações, o projeto conta com ***spots*** de rádio que são veiculados por meio do "Programa Vozes da Floresta" na Rádio TV Cultura. Esses *spots* destacam temas de importância para o desenvolvimento da primeira infância ribeirinha, tais como aleitamento materno, nutrição e desenvolvimento infantil. Complementarmente, foram realizadas reuniões com prefeitos, secretários de Saúde, gerentes de Atenção Básica e coordenadores rurais para integração do PIR nos municípios para conhecer e estruturar o atendimento às demandas previstas no projeto. Cada município conta com um coordenador que é o responsável por supervisionar o trabalho de visitação domiciliar e os encaminhamentos das demandas identificadas pelos ACS. Somada a essas iniciativas, o projeto piloto também promove a mobilização das comunidades, num esforço de estimular a liderança comunitária a apoiar o trabalho dos ACS.

Para avaliar o impacto do projeto piloto ou de componentes isolados de sua estratégia é imprescindível a determinação de uma linha de base. A linha de base do projeto foi realizada antes do início das capacitações e, com base em seus achados, a realização de ajustes no projeto foi possível, aumentando sua aderência aos reais problemas enfrentados pelas comunidades onde o projeto atuou.

Já a fase de conceber, negociar e estabelecer uma política pública para a primeira infância tem como agente responsável a própria SUSAM. Neste processo, o IDIS apoiou a realização de reunião liderada pela SUSAM que convocou representantes das principais secretarias de Estado envolvidas com a criança (educação, assistência social, etc.), de organizações não governamentais (como, por exemplo, a Pastoral da Criança, Unicef, etc.) e da academia (universidades e institutos de pesquisa) para debater uma política pública para a primeira infância do Estado do Amazonas (Programa Primeira Infância Amazonense — PIA). Com base em resultados do projeto piloto, experiências vividas por outros estados que têm as suas políticas, e com o apoio de assessoria específica, a SUSAM lidera a negociação e o texto da lei com outras secretarias de Estado, especialmente educação e assistência social, bem como com o gabinete do governador.

5. COMO O PROJETO OPERA

O modelo de serviço propôs visitas domiciliares dos ACS, desde a suspeita de gravidez até os seis anos de idade. Famílias com ges-

tantes e crianças de zero a três anos devem receber a visita semanalmente ou no mínimo quinzenalmente, de acordo com a disponibilidade do ACS.

No projeto piloto, a Fundação Amazonas Sustentável (FAS) tem como função atuar como animadora, aglutinadora e catalisadora do processo (i) liderando a articulação dos atores nos municípios (juntamente com a SUSAM); (ii) operacionalizando as ações em campo e (ii) subsidiando tecnicamente a proposta nos aspectos logísticos da Amazônia profunda e de relacionamento com as comunidades que lá residem, bem como em relação às estratégias de comunicação mais adequadas.

6. DESAFIOS

Os principais desafios do projeto piloto e que podem impactar a implantação de uma política pública são:

1. Desenvolvimento de um modelo de intervenção que possa ser levado à escala.
2. Existência de pouca informação sobre as comunidades da Amazônia profunda, com as estatísticas oficiais dos municípios se limitando às sedes (áreas urbanas) e não incluindo a área rural com menor concentração populacional.
3. Os dados nacionais conflitam de várias formas com a realidade encontrada na Amazônia profunda.

4. As prefeituras do interior da Amazônia dependem em grande parte do repasse de recursos federais e estaduais.
5. Na sua maioria, a distribuição desses recursos é baseada direta ou indiretamente proporcionalmente ao número de habitantes, quando existem evidências de que as estimativas de população desses municípios são subdimensionadas.
6. As prefeituras do interior normalmente não têm capacidade instalada para pleitear recursos de programas e editais federais que demandam expertise, capacidade de formulação de projetos e prestação de contas (em muitos municípios, por exemplo, simplesmente não existem três fornecedores para fazer uma licitação para bens ou serviço que se pretende adquirir).
7. Os municípios da Amazônia, apesar da grande extensão territorial (equivalentes a países europeus ou estados norte-americanos), não são densamente povoados.
8. Os custos logísticos *per capita* para que as políticas públicas e programas governamentais cheguem às comunidades são sensivelmente maiores do que em outras regiões do País.
9. A própria identificação cultural dos ACS com as famílias e comunidades onde atuam pode limitar a sua percepção da necessidade de mudança nos processos de interação entre pais e filhos, e assim trazer dificuldades adicionais de entender os princípios e conceitos em que o projeto se baseia e a finalidade de uma atividade proposta.
10. Condições peculiares de habitação, higiene e hábitos de vida fazem parte da realidade das crianças.

7. BOAS PRÁTICAS

O programa piloto já evidencia que boas práticas foram implantadas e devem ser seguidas e aperfeiçoadas, tais como:

1. Parceria entre iniciativa privada, gestão pública municipal/estadual e sociedade civil organizada para solução de problemas locais, com enfoque na primeira infância.
2. Fortalecimento e integração de atores e instâncias locais que têm como foco o desenvolvimento infantil, promovendo a intersetorialidade no entendimento dos problemas locais.
3. Envolvimento da comunidade para integrar a rede de discussão e fortalecer, assim, o debate para o desenvolvimento infantil.
4. Formação/capacitação e suporte à implantação da metodologia de visitação.
5. Respeito pela identidade cultural e utilização de atores locais representativos para a população.

8. CONCLUSÃO

As hipóteses, a experiência dos programas e os projetos que estão no Anexo, além do próprio aprendizado do PIR em sua fase de projeto piloto, ilustram o papel que as intervenções na primeira infância desempenham em valorizar este grupo populacional, e em conceber estratégias para estabelecer o acesso à serviços básicos que

garantam os direitos expressos pela Constituição e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Sabemos que a remoção das distorções existentes na realidade amazônica representa um desafio para os governantes, mas também para toda a sociedade. Sabemos também que o desenvolvimento irá requerer um crescimento econômico sustentável e uma série de intervenções políticas que afetem a estrutura mais ampla da economia, muitas das quais não cabem no escopo deste estudo.

O desenvolvimento da primeira infância, abrangendo intervenções em saúde, nutrição e educação nos primeiros anos de vida de uma criança desde seu nascimento até os seis anos, quando deverá iniciar o ensino fundamental, traz enormes benefícios para a sociedade, além de garantir a cada criança a chance de utilizar seu potencial de desenvolvimento.

Estudos da experiência internacional, incluindo a revisão de Myers[55] feita em 19 programas na América Latina, indicam que:

- Crianças pequenas expostas à intervenção precoce têm melhores resultados na escola do que crianças que não foram expostas.
- Melhor saúde e nutrição resultam do monitoramento do crescimento, pelo fornecimento de suplementos alimentares e micronutrientes e acesso a programas regulares de saúde pública, como visitas de puericultura e vacinações.
- Maior capacidade de discernimento ao encorajar as crianças pequenas a explorar o mundo e fornecer a interação social que promove o desenvolvimento cognitivo e psicomotor.
- Maior aderência ao processo de formação escolar, com maior número de promoções nos ciclos escolares, melhores avaliações do aprendizado e na diminuição da evasão escolar.

Finalmente, quando privadas de um ambiente seguro, amoroso e estimulante no início de suas vidas, as crianças não desenvolvem totalmente funções de linguagem, pensamento e sociabilidade[56]. Pela mesma amostragem, um pacote integrado de serviços como vacinações e cuidados de saúde, boa nutrição, um ambiente seguro e nutritivo e estimulação intelectual, dado no início da vida, pode fazer maravilhas no sentido de suprir déficits de ameaça de desenvolvimento no lar[57].

Por todas estas razões, uma grande quantidade de literatura de desenvolvimento concluiu que um programa abrangente de serviços para a primeira infância é uma forte arma contra a pobreza, um construtor de capital humano e um dos melhores investimentos que um país pode fazer em seu desenvolvimento.

A experiência de desenvolver um projeto piloto para a criação de uma política pública é facilmente compreendida em vídeo disponibilizado no canal do Youtube do IDIS[58].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 BARROS, R. P. et al. *Determinantes do Desenvolvimento na Primeira Infância no Brasil*. Texto para discussão n. 1478, 2010. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1478.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2014.

2 CARNEIRO, P. M.; HECKMAN, J. J. *Human capital policy*. IZA Discussion Paper, 2003. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=434544##>. Acesso em: 29 de outubro de 2013.

3 CUNHA, F. et al. Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. *Handbook of the Economics of Education*, v. 1, p. 697-812, 2006.

4 McCAIN, M.; MUSTARD, J. F. *Estudo dos primeiros anos de vida*. Toronto: Childsec, 1999.

5 ROLNICK, A.; GRUNEWALD, R. *Early Childhood Development: Economic Development with a High Public Return*. 2003. Disponível em: <http://data-center.spps.org/sites/2259653e-ffb3-45ba-8fd6-04a024ecf7a4/uploads/ABC-Part2.pdf>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2014.

6 IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 de fevereiro de 2014.

7 GIDDENS, A. Risco, confiança e reflexividade. In: BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

[8] ROCHER, G. *Sociologia Geral — A Organização* Social. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

[9] CYPEL, S. *Fundamentos do Desenvolvimento Infantil — Da Gestação aos 3 anos*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

[10] YOUNG, M. E.; RICHARDSON, L. M. *Desenvolvimento da Primeira Infância: da avaliação à ação: uma prioridade para o crescimento e a equidade*. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

[11] UNESCO. *Educação e Cuidado na 1ª Infância: Grandes Desafios*. 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136283por.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2013.

[12] BENNET, J. *Sistemas de Educação e Cuidado na Primeira Infância nos países da OCDE: questões de tradição e governança*. 2011. Disponível em: <http://www.enciclopedia-crianca.com/documents/BennettPRTxp1.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2013.

[13] PENN, H. Primeira Infância: A visão do Banco Mundial. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 7-24, mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a01n115.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

[14] UNICEF. *A transição dos cuidados na Primeira Infância — Uma tabela classificativa dos serviços de educação e cuidados na primeira infância nos países economicamente desenvolvidos*. 2008. Disponível em: <https://www.unicef.pt/docs/ReportCard8_pt.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2013.

[15] PROGRAMA EDUCA A TU HIJO. Cuba. Disponível em: <http://www.ecured.cu/index.php/Educa_a_tu_Hijo>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2014.

[16] PROGRAMA CRECE CONTIGO. Chile. Disponível em: <http://www.crececontigo.gob.cl/>. Acesso em: 4 de fevereiro de 2014.

[17] BARÓN, E. V. *Going to Scale: Early Childhood Development in Latin America*. 2009. Disponível em: <http://www.issa.nl/newsletter/09/spring/files/GoingToScale_30Mar2009.pdf>. Acesso em: 28 de outubro de 2013.

[18] SAVE THE CHILDREN. The Child Development Index 2012. Disponível em: <http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/Child_Development_Index_2012_UK_low_res.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2014.

[19] BBC BRASIL. Brasil melhora em índice de qualidade de vida de crianças. 2012. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2012/07/120718_brasil_indice_children_jp.shtml>. Acesso em 15 de setembro de 2014.

[20] UNICEF. Situação Mundial da Infância 2014 em números. 2014. Disponível em: <http://www.unicef.pt/publicacoes.php>. Acesso em: 31 de outubro de 2013.

[21] UNICEF. *Situação da Infância Brasileira 2006 — Crianças de até 6 anos — O Direito à Sobrevivência e ao Desenvolvimento*. Brasília, 2005.

[22] BRASIL. *Constituição (1988)*. São Paulo: Saraiva, 1995.

[23] BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Brasília, DF, 1990.

[24] UNESCO. *Legislação, Políticas e Influências Pedagógicas na Educação Infantil*. Cadernos Pedagógicos, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001384/138430por.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2013.

[25] BRASIL. *Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Brasília, DF, 1996.

[26] BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF, 1990.

[27] PORTAL DA SAÚDE BRASIL. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 11 de junho de 2013.

[28] MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social--snas/livros/loas-lei-organica-de-assistencia-social/loas-lei-organica-de-assistencia-social>. Acesso em: 11 de junho de 2013.

[29] BRASIL. *Projeto de Lei n. 6.998/2013*, de 18 de dezembro de 2013. Brasília, DF, 2013.

[30] SHONKOFF, J. P.; FHILLIPS, D. A. *Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development — Rethinking Nature and Nurture*. 2000. Disponível em: <http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/NeuronstoNeighborhoodsCH2.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2014.

[31] TREMBLAY, R. E.; GERVAIS, J.; PETITCLERC, A. *Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance*. Centre d'excellence pour Le développement des

jeunes enfants. 2008. Disponível em: <http://www.excellence-jeunesenfants.ca/documents/Tremblay_RapportAgression_FR.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2014.

[32] FUNDAÇÃO BANCO DO BRASIL. *Tecnologia Social*. Disponível em: <http://www.fbb.org.br/tecnologiasocial/o-que-e/>.

[33] MELO, L. R. D. *Comunicação Empresarial*. Curitiba: IESDE Brasil S. A., 2012.

[34] NACHMIAS, D. *Public policy evaluation*: approaches and methods. New York: St. Martin's Press, 1979.

[35] DEUTSHER, I. *Social theory, social programs and social program evaluation: a metatheoretical note*. Carbondale: The Sociological Quarterly, 1979.

[36] JÚNIOR, O. L. B et al. *Intervenção planejada na realidade social: escopo e limites da pesquisa de avaliação*. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1978.

[37] TULLOCK, G.; WAGNER, R. E. *Policy analysis and deductiv reasoning*. Lexington: Lexington Books, 1978.

[38] BUTTER, W. H. *Measurement of the public sector deficit and it's implications for policy evaluation and design*. IFMG Staff Papers, 1983.

[39] FIGUEIREDO, M. F.; BALDACHEVSKY, E. *A coleta de dados em projetos de avaliação: notas para a discussão de alguns problemas*. São Paulo: IDESP, 1983.

[40] HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 21, n. 55, nov. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-32622001000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 de agosto de 2014.

[41] SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. The implementation of public policy: a framework of analysis. *Policy Estudies Journal*, v. 4, set. 2005. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1541-0072.1980.tb01266.x/pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 3014.

[42] SCHWARTZMAN, S. *Ciência, Universidade e Ideologia: a política do conhecimento*. 2008. Disponível em: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/333.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2014.

[43] BIRDSALL, N.; SZEKELY. Bootstraps not band-aids: poverty, equity and social policy in Latin America. 2003. Disponível em: <http://www.cgdev.org/publication/bootstraps-not-band-aids-poverty-equity-and-social-policy-latin-america-working-paper-24>. Acesso em: 29 de agosto de 2014.

[44] BATLEY, R. Participating in Urban Projects: meanings and possibilities. In: MOSER, C. (Ed.). *Evaluating Community Participation in Urban Development Projects*. Development Planning Unit Working Paper, London, n. 14, p. 7-11, 1983.

[45] MOSER, C. (Ed.). *Evaluating Community Participation in Urban Development Projects*. Development Planning Unit Working Paper, London, n. 14, p. 7-11, 1983.

[46] AZEREDO, B. O financiamento dos programas sociais: impasses e perspectivas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan/mar. 1988. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/9443/8498>. Acesso em: 27 de agosto de 2014.

[47] HECKMAN, J. J. *The economics of human potential*. Disponível em: <http://heckmanequation.org/>. Acesso em: 27 de agosto de 2014.

[48] COSTA, A. C. G. (1993). É possível mudar: A criança, o *adolescente e a família na política social do município*. Vol. 1. Direitos da Criança. São Paulo: Malheiros, 1993.

[49] FONSECA, M. T. N. M. Famílias e políticas públicas: subsídios para a formulação e gestão das políticas com e para famílias. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei, v. 1, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/MariaThereza.pdf>. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

[50] INSTITUTO DE TECNOLOGIA SOCIAL. *Conhecimento e cidadania: tecnologia social*. São Paulo: ITS, 2007.

[51] ROBERTS, R. N.; WASIK, B. H. Home visiting programs for families with children birth to three: Results os a national survey. *Journal of Early Intervention*, v. 14, n. 3, p. 274-284, 1990.

[52] WASIK, B. H.; BRYANT, D. M. *Home visiting: Procedures for helping families*. 2. ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, 2000.

53 DATASUS. *Tecnologia da Informação a Serviço do SUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popam.def>. Acesso em: 26 de maio de 2014.

54 PORTAL BRASIL. Número de equipes que atuam na Atenção Básica de Saúde aumenta em 19 estados. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/07/cresce-o-numero-de-equipes-que-atuam-na-atencao-basica-de-saude>. Acesso em: 27 de maio de 2014.

55 MYERS, R. *Strengthening programmes of early childhood development in the Third World*. London/N. York: Routledge, 1992. Disponível em: <http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABN486.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2014.

56 CARNEGIE CORPORATION OF NEW YORK. *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*. 1994. Disponível em: <http://carnegie.org/publications/search-publications/?word=children>. Acesso em: 17 de setembro de 2014.

57 YOUNG, M. E. *Early Child Development: Investing in the Future. Directions in Development*. Washington, D.C.: World Bank, 1996.

58 Canal do Youtube do IDIS. Disponível em: <https://www.youtube.com/user/videosidis>.

ANEXOS

Programas para a primeira infância no Brasil

1. PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR (PIM)

Localização: Rio Grande do Sul
Ano de início: 2003
Agentes responsáveis: o Primeira Infância Melhor (PIM) é executado pelas administrações municipais com o apoio técnico e financeiro do Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Nos municípios, ele é estruturado a partir da organização de uma equipe técnica intersetorial — o Grupo Técnico Municipal —, responsável pela gestão local da política e constituído, minimamente, por represen-

tantes das secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social. As equipes municipais contam ainda com monitores e visitadores responsáveis pelo acompanhamento e execução das visitas domiciliares, respectivamente. No Estado, a gestão intersetorial da Política é realizada pelo Grupo Gestor, constituído pelas secretarias da Educação, Cultura, Políticas para as Mulheres, Justiça e Direitos Humanos, Trabalho e Desenvolvimento Social e coordenado pela Secretaria da Saúde. O Grupo Técnico Estadual, sediado na Secretaria da Saúde, é o responsável pelo apoio aos municípios e monitoramento e avaliação da política (maiores informações Portaria nº 569/2012 — http://bit.ly/Portaria569_12).

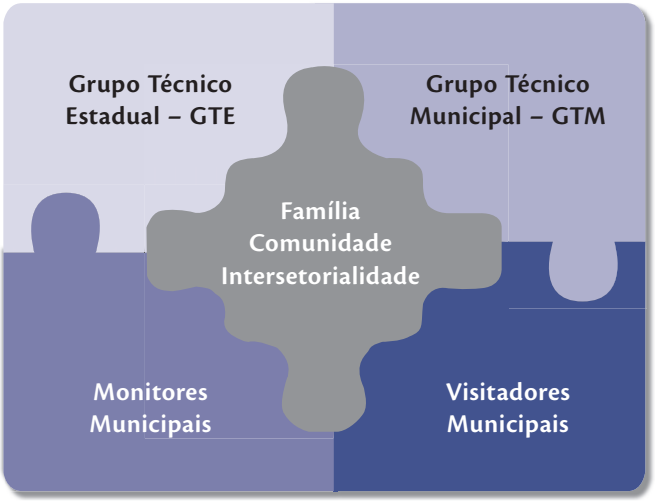


FIGURA 1. Estrutura Organizacional do Primeira Infância Melhor.

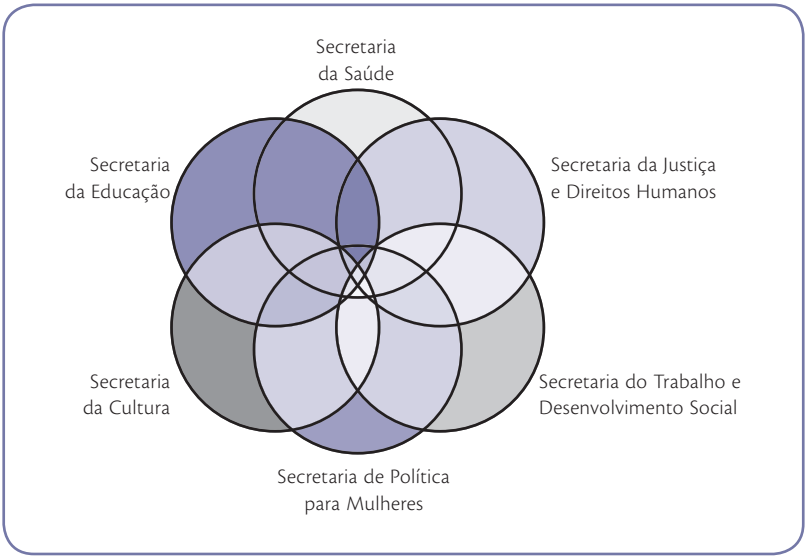


FIGURA 2. Grupo Gestor Estadual — Secretarias envolvidas na Gestão Estadual do Primeira Infância Melhor.

Dados oficiais*:
Municípios habilitados: 268
Visitadores habilitados: 2.753
Famílias atendidas: 55.060
Gestantes atendidas: 8.259
Crianças atendidas: 60.566

Resumo da proposta de trabalho: o Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública do Governo do Estado do Rio Grande

* Fonte: Dados do PIM de agosto de 2014.

do Sul pioneira no Brasil. Implantada em 07 de abril de 2003 e sancionada através da Lei 12.544, de 03 de julho de 2006, marcou seu aniversário de 10 anos com a promulgação da Lei 14.594, que introduz modificações na legislação original, de forma a contemplar os avanços da política. É uma ação transversal de promoção do desenvolvimento na primeira infância e fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. Tem como objetivo orientar as famílias a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os seis anos de idade.

Desenvolve-se por intermédio de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando ao fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças. É baseada cientificamente na teoria Histórico-Cultural de Vygotsky; na Psicologia do Desenvolvimento com base em Piaget; nos pressupostos de Bowlby, Winnicot e Brunner; e nos recentes estudos da Neurociência. O trabalho é desenvolvido pelos municípios, sob a coordenação do Grupo Técnico Estadual (GTE) que planeja, capacita, monitora e avalia a execução e os resultados alcançados.

Compõe, com a Rede Cegonha, um dos projetos prioritários da Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul, além de integrar programas estratégicos do Governo do Estado (RS Mais Igual e RS na Paz). É um dos pilares para as iniciativas previstas na Ação Brasil Carinhoso, do Governo Federal, e reconhecido como uma das tecnologias sociais mais importantes para o cuidado com as infâncias na América Latina e no mundo.

Origem e histórico do programa: o PIM tem como referência metodológica a experiência do Programa Educa a Tu Hijo, do Centro

de Referência Latino Americano para La Educación Preescolar (Celep/Cuba), de quem recebeu apoio à época de sua implantação no Estado. A parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) — por meio de projeto de cooperação técnica internacional — permitiu a colaboração de consultores técnicos que, junto a representantes das secretarias do Grupo Gestor Estadual, planejam e executam a Política nos últimos 11 anos.

Na época de sua implantação, os principais investimentos do Estado nos primeiros anos de vida se concentravam na ampliação e qualificação da Educação Infantil e nas estratégias para redução da mortalidade infantil. A introdução do PIM se aliou a estas iniciativas, expandindo o escopo do investimento social na primeira infância e representando o comprometimento do Governo Estadual em apoiar a família no desempenho de suas funções primordiais, reconhecendo-a como espaço central e insubstituível para o cuidado, socialização e educação das crianças e que, portanto, deve ser prioridade no investimento das políticas sociais. Representa ainda, o reconhecimento da primeira infância enquanto etapa singular do desenvolvimento humano, demandando uma atenção especial que favoreça uma infância feliz e um futuro de oportunidades.

Dois significativos avanços podem ser observados desde 2003: a valorização progressiva da primeira infância enquanto prioridade absoluta de investimento — alcançada a partir do exercício de pautar a temática junto a gestores, profissionais, comunidades e famílias; e o amadurecimento de práticas articuladas de atenção a esta etapa da vida, legitimando a intra e a intersetorialidade na execução da política.

Reconhecido como uma tecnologia que favorece o bem estar e a promoção social das famílias atendidas, o PIM reajustou sua atuação,

inserindo-se efetivamente na Atenção Básica em Saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado e para o fortalecimento das políticas de saúde, educação e desenvolvimento social nos territórios. Avançou também na criação de um leque maior de modelagens para atender as diferentes populações e realidades do Estado, dentre elas as comunidades quilombolas, indígenas, riberinhas e de assentamentos.

Na área da Educação, as contribuições do programa já podem ser comprovadas por meio de uma avaliação que está sendo realizada pela Universidade McMaster (Canadá) sobre a prontidão escolar de crianças egressas do PIM. A pesquisa revelou maior presença dos pais na vida escolar dos filhos, redução da vulnerabilidade para a aprendizagem (especialmente entre os meninos, o que representa um fator protetivo), redução na vulnerabilidade para a aprendizagem entre os filhos de mães com baixa escolaridade e maior impacto entre as crianças que participaram por mais de dois anos.

Concepção do programa: o princípio estruturante que rege todo o programa está no tripé família, comunidade e intersetorialidade.

A família é compreendida como lócus primário da construção de relações estáveis com as crianças, amparada por dimensões sociais, culturais, históricas, morais e afetivas. O princípio do programa está no reconhecimento do potencial da família em ser autora de seu próprio desenvolvimento, cuja influência é decisiva na educação dos filhos, perpetuando a herança cultural. É no cotidiano e na convivência comunitária e familiar de cada criança que o PIM apoia e fortalece suas orientações, incentivando o enriquecimento pessoal, o engajamento e a mobilização comunitária, com vistas à promoção de sua qualidade de vida, de modo a estreitar as relações sociais e

motivar os familiares para formas de convivência saudáveis. O respeito à cultura e às experiências de cada grupo familiar é um investimento constante da política, com especial cuidado na atenção às comunidades tradicionais quilombolas e indígenas, para as quais a revitalização dos aspectos socioculturais é "imprescindível". As ações do PIM são sistemáticas e abrangem toda a família, sua história, suas vivências e seu contexto atual, conferindo importância à escuta qualificada e resolutiva, além de fortalecer o papel dos sujeitos como promotores do próprio cuidado.

O foco do programa é dado especialmente às famílias em situação de vulnerabilidade e risco biopsicossocial. Compõem os critérios de seleção das famílias: famílias com perfil para cadastro no Bolsa Família — renda mensal por pessoa entre R$ 77,01 e R$ 154,00 (caso não estejam contempladas pelo benefício, precisam ser inseridas no Cadastro Único da Assistência Social); famílias residentes em comunidades tradicionais e do campo; famílias com gestantes adolescentes; famílias com cuidadores e/ou crianças com deficiência; famílias com usuários de álcool e outras drogas; famílias em situação de violências, dentre outras características consideradas prioritárias pelas equipes do PIM e demais equipes que atuam em território.

Além da família, a comunidade também é um eixo central no PIM. A comunidade é concebida no Programa como um espaço fundamental de potencialidades, recursos humanos, materiais e institucionais. Seus costumes, suas tradições, suas produções culturais são elementos importantes na educação, na saúde e no desenvolvimento das crianças.

O PIM valoriza e estimula esse papel da comunidade, bem como seu potencial de mobilização, divulgação, apoio das ações educativas e de saúde voltadas para o desenvolvimento integral da primeira

infância. A aproximação com a cultura e os recursos de cada comunidade é valorizada e buscada pelo Programa, e é compreendida como elemento importante sem o qual a evolução do PIM no município ficaria comprometida.

A intersetorialidade, também componente do tripé do Programa, estabelece um novo paradigma de gestão pública que prioriza, em suas ações, a integração e interação dos vários setores, serviços e ações no estabelecimento de uma unidade em rede de serviços. Conceitualmente, a intersetorialidade pode ser definida como a articulação entre sujeitos de segmentos sociais diversos e, portanto, saberes, poderes e vontade diversos, para enfrentar problemas complexos.

A intersetorialidade no PIM pressupõe o compartilhamento e a articulação de programas, projetos e serviços de promoção do desenvolvimento integral de gestantes e crianças de zero até seis anos de idade. Define-se não como uma justaposição de programas, mas como uma rede em que as partes, representadas pelas secretarias, coordenadorias regionais de Saúde (CRS) e de Educação (CRE) e sociedade organizada, desenvolvem novas ações, acordadas entre si, mantendo a noção do todo, ao mesmo tempo em que preservam suas identidades enquanto instituições.

Essa cooperação intersetorial, que serviu de referência para a constituição da Coordenação do Programa, também tem sido referência para a adoção de um novo modelo de gestão pública no Estado e nos municípios. Ao integrar os serviços e ações das demais secretarias, quando uma necessidade é detectada pelo visitador na família ou na comunidade, a rede é potencializada, de modo a contribuir para melhorar o desenvolvimento social dos municípios que optaram pelo PIM.

Em termos práticos, a implantação do PIM pode ser pensada em uma sequência de 15 etapas:

1. Sensibilização dos gestores municipais.
2. Manifestação de interesse e assinatura do Termo de Adesão.
3. Indicação dos representantes do município que comporão o Grupo Técnico Municipal (GTM), com as representações prioritariamente das áreas da saúde, educação e assistência social.
4. Capacitação inicial do GTM e monitores.
5. Elaboração do Plano de Ação.
6. Sensibilização e divulgação do PIM junto aos profissionais e equipes de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, dentre outras.
7. Levantamento da situação da Primeira Infância no município. mapeamento das áreas e seleção das famílias a serem atendidas.
8. Sensibilização e divulgação do PIM junto às comunidades e famílias selecionadas.
9. Capacitação dos visitadores.
10. Contratação dos visitadores e efetivação de ajustes administrativos.
11. Visita às comunidades e famílias para realização da caracterização e diagnóstico das comunidades, famílias, gestantes e crianças;
12. Início das visitas domiciliares e atividades comunitárias.
13. Implantação do Banco de Dados do PIM.
14. Constituição do Comitê Municipal.
15. Monitoramento e avaliação do PIM.

Como o programa opera: a partir de uma concepção ampliada de saúde e de cuidado integral, são abordados os aspectos físicos, psi-

cológicos, intelectuais, sociais e culturais de cada família e de suas crianças, por meio de visitação domiciliar e atividades comunitárias, com execução de atividades lúdicas com recursos disponíveis em cada realidade.

Semanalmente, o visitador do PIM oferece atividades planejadas de modo particular, com base nas necessidades e características de cada caso. O atendimento às famílias com integrantes de zero a três anos é individual e ocorre nas residências. Enquanto a assistência de três a seis anos ocorre em grupos, utilizando-se espaços da comunidade. A estimativa é de que cada visitador atenda até 20 famílias, com cerca de 32 crianças de zero a seis anos e três gestantes.

A atenção à gestante mescla atividades individuais e em grupo, e está articulada aos serviços de saúde do município. O PIM também está associado à Rede Cegonha, modelo de atenção ao parto e ao nascimento coordenado pelo Governo Federal. As atividades contemplam a busca ativa às grávidas e o encaminhamento ao pré-natal, a identificação de situações de risco e violência, o incentivo ao aleitamento materno e à nutrição saudável e orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, dentre outras ações.

Para o desenvolvimento de suas funções, o visitador conta com guias de orientação específicos para a atenção às famílias com gestantes e crianças e com o apoio de um monitor — profissional do nível superior em áreas afins ao programa e que responde pela supervisão de até 12 visitadores. O trabalho do monitor consiste em amparar os visitadores no planejamento e execução das visitas, promovendo momentos de educação permanente, escuta e compartilhamento de experiências. Além disso, o monitor articula a rede de serviços em território e realiza o elo entre as demandas das famílias e o Grupo Técnico Intersetorial.

O Grupo Técnico Municipal, composto, minimamente, por técnicos representantes das secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, responde pela gestão local do Programa — sendo responsável por todas as etapas de sua implantação (descritas acima), pela articulação do PIM com as ações e políticas locais e pela resposta às demandas dos territórios junto às suas pastas de origem.

A Secretaria Estadual da Saúde disponibiliza uma equipe de técnicos (GTE) que responde pelo monitoramento e avaliação do PIM. Organizados de forma georreferenciada, presta apoio aos municípios, promovendo visitas sistemáticas às regiões e formações iniciais e continuadas às equipes, além de desenvolver instrumentos de gestão do Programa e acompanhar o sistema de informações, dentre outras estratégias.

Além do apoio técnico, os municípios contam com um incentivo financeiro para o desenvolvimento das ações do PIM. O incentivo é repassado mensalmente pelo Fundo Estadual da Saúde para os Fundos Municipais da Saúde e tem como base de cálculo o número de visitadores ativos e a carga horária semanal dedicada ao Programa.

Anualmente, o Governo do Estado promove a Semana Estadual do Bebê, que já está na 11ª edição. Durante o evento, ocorrem em paralelo o Seminário Internacional da Primeira Infância e o Dia do Bebê. Ambos têm por finalidade chamar a atenção da sociedade sobre a importância da atenção nos primeiros anos de vida por meio de atividades lúdicas, recreativas e orientações educativas. Os municípios também desenvolvem suas Semanas do Bebê, com atividades que concorrem para o mesmo fim.

Custos:

RESUMO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA PIM 2013	
Atividade	**Custo**
Transferência aos municípios	R$ 18.204.500,00
Transferência ao Exterior — PRODOC914 BRA1124 UNESCO	R$ 2.163.181,00
Contratação de terceiros (uniformes, materiais de trabalho, eventos, capacitações)	R$ 1.173.273,58
TOTAL	R$ 21.540.954,58

Fonte: PIM.

Desafios:

- Rotatividade das equipes/contratação dos visitadores: as equipes municipais — Grupos Técnicos Municipais, monitores e visitadores — enfrentam mudanças periódicas que podem ser fruto de mudanças políticas (término e início de novas gestões); de escolhas profissionais e particulares de seus integrantes (mudanças de cidade, troca de emprego, etc.) e da baixa manutenção das modalidades de contratação adotadas por alguns municípios, como o contrato dos visitadores via estágio — o que limita o tempo de permanência desses trabalhadores no Programa. A rotatividade das equipes eleva os custos de sensibilização e formação, além de prejudicar a construção dos vínculos de confiança entre as equipes e famílias. Contudo, uma análise do Sistema de Informações do PIM aponta que, atualmente, mais de 50% dos visitadores possuem uma forma de contratação mais sustentável — via concurso ou seleção pública, o que evidencia a valorização crescente destes trabalhadores.

- Alinhamento entre o reconhecimento da importância da primeira infância para o desenvolvimento humano e os interesses políticos que insidem na definição de prioridades de investimento.
- Superação de práticas assistencialistas e tutelares e promoção de práticas dialógicas que acolham e valorizem a história e cultura de cada família, promovendo sua inclusão social e seu protagonismo no cuidado das crianças.
- Promoção de uma atenção integral às demandas das famílias, contemplando suas especificidades: as diferenças culturais e os elementos desestruturantes identificados em algumas famílias (alcoolismo, violência), demandam um exercício de remodelagem constante do PIM. Para o atendimento destes desafios, o PIM investe no fortalecimento do trabalho em rede, por intermédio da gestão intersetorial (proposta a partir do Grupo Técnico Municipal) e no cuidado sensível às demandas de cada realidade, criando, por exemplo, abordagens específicas para as comunidades tradicionais.
- Gestão compartilhada entre diferentes secretarias: o trabalho intra e intersetorial demanda uma disponibilidade dos profissionais e equipes em compartilhar diferentes conhecimentos e práticas, estabelecendo um diálogo horizontal, no qual todos têm poder de participação e decisão. É um exercício difícil e necessário.

Boas práticas:

1. Aliança entre Governo do Estado e municípios em ações coordenadas de acordo com as especificidades locais.

2. Cooperação técnica internacional entre Governo do Estado do Rio Grande do Sul e Unesco. Uma das atividades estratégicas que essa parceria permitiu foi o intercâmbio e a assessoria com o Celep de Cuba. Outro exemplo foi o apoio do Unicef para formar radialistas pela infância.
3. Intersetorialidade é a peça chave para os bons resultados do programa. O desenvolvimento integral da criança é uma temática multidimensional e, por isso, exige uma resposta intersetorial. Assim, o PIM se configura como um programa que integra as áreas de saúde, educação, assistência social e cultura, com o fortalecimento do trabalho articulado em rede de cuidados nas esferas de governos estaduais e municipais. Também existe a colaboração de atores do segundo e terceiro setores.
4. Aproximação e vinculação entre trabalhadores da Atenção Básica em Saúde, Educação e Proteção Social, que desenvolvem suas ações em território.
5. Envolvimento da comunidade: este tipo de ação não apenas promove a sensibilização para as questões da primeira infância como colabora com o trabalho em rede.
6. Família é a unidade básica para a ação e, nela, está centrado todo o foco do trabalho desenvolvido pelo PIM. "O trabalho com as famílias implica o respeito às suas características, configurações e vivências. Visa ao fortalecimento das suas competências, da sua autoestima, dos seus vínculos e da sua capacidade de estimular e promover o desenvolvimento integral das suas crianças".
7. Respeito à diversidade é uma preocupação real do PIM em fomentar cultura e costumes locais de modo que, apesar de existirem diretrizes em comum ao longo da implantação do progra-

ma no Estado, também são consideradas as necessidades e especificidades de cada comunidade.

8. Qualificação dos profissionais atuantes, já que o Programa investe regularmente na capacitação continuada dos seus integrantes. Essa estratégia é imprescindível para que seus objetivos sejam atingidos, retroalimentando com conhecimentos, feedbacks e trocas de experiências permanentemente.
9. Entender e cuidar da primeira infância de maneira integral, atendendo diferentes dimensões do desenvolvimento biopsicossocial.
10. Ter se tornado uma política pública, assegurada por lei estadual, que garante sua capacidade de ser levada a escala para a população alvo no Estado.
11. Promoção de ações de Advocacy.
12. Organização de um sistema de informações específico para o monitoramento e avaliação da Política.
13. Promoção da Semana do Bebê no Estado e municípios.
14. Desenvolvimento do novo site do Programa, com o objetivo de divulgar os projetos, ações, atividades e serviços do PIM e os resultados alcançados por ele, além de transformá-lo em referência em conteúdos sobre gestação e desenvolvimento infantil. Em paralelo à isso, canais do Programa em redes sociais estão sendo atualizados e uma newsletter mensal é enviada aos públicos-alvo interno e externo do PIM.
15. Desenvolvimento de avaliações de impacto — Celep (2010), EDI/McMaster (2012) e FGV (2014).
16. Desenvolvimento do Observatório do PIM pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CELEP (Centro de Referencia Latinoamericano de la Educación Preescolar). 2011. Informe Final De La Evaluación Al Programa Primera Infancia Mejor. 1º encuentro subregional de encuentro subregional de evaluación sobre primera infancia. Disponível em: <http://portal.oas.org/LinkClick.aspx?fileticket=S89fLkdYDDE%3D&tabid=1730>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2013.

REVISTA PÁTIO — EDUCAÇÃO INFANTIL. Porto Alegre: Grupo A, n. 35, abr. 2013. Mensal. Disponível em: <http://www.grupoa.com.br/revista-patio/artigo/8582/apoio-aos-pais-e-desenvolvimento-para-os-filhos.aspx>. Acesso em: 30 set. 2014.

ZORZAN, S. P. Programa Primeira Infância Melhor: um exemplo de boas práticas em educação. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/porescrito/article/view/9169/6646>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2013.

Sites:

IBGE:http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rs&tema=censodemog2010_educ

PIM: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/pagina-IndicadoresSucesso-Pim.php

PIM: http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/php/pagina-Legislacao.php

2. PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA

Localização: Estado de Pernambuco
Ano de início: 2007
Agentes responsáveis: Governo de Pernambuco, por meio de um comitê de assessoramento composto de representantes das Secretarias de Saúde; da Mulher; de Educação; de Desenvolvimento Social e Assistência; da Juventude e Emprego; da Agricultura e de Planejamento e equipe técnica.
Número de atendidos: crianças: 42,5 mil; mulheres: 90 mil**.**
Municípios atendidos: 103
Número de profissionais: 217

Resumo da proposta de trabalho: o Programa Mãe Coruja Pernambucana insere-se na perspectiva de garantir os direitos reprodutivos das mulheres e o direito à infância desde o primeiro ano de vida, de forma a contribuir diretamente para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantis. Seu objetivo é garantir atenção integral às gestantes usuárias do sistema público de saúde, bem como aos seus filhos e famílias, incentivando o fortalecimento dos vínculos afetivos e criando uma rede solidária para redução da mortalidade infantil e materna, além da melhoria de outros indicadores sociais,

por meio de ações articuladas nos eixos da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social.

Origem e histórico da iniciativa: o Brasil, apesar de avanços legais como o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como dos avanços nas áreas de saúde, educação e assistência social, como revelam as estatísticas desses setores, ainda vivencia, em muitas regiões e de forma desigual, problemas sociais que colocam em risco e em situação de vulnerabilidade pessoal e social milhares de brasileiros, sendo a maioria mulheres e crianças especialmente no Nordeste.

No caso de Pernambuco, a vulnerabilidade é mais acentuada no interior das comunidades quilombolas, das aldeias indígenas, dos assentamentos e dos inúmeros bolsões de miséria urbanos e rurais. A zona semiárida pernambucana apresenta os piores indicadores de mortalidade materna e infantil. Soma-se a este fato o alto índice de gravidez na adolescência. Essa é uma realidade que coloca a própria adolescente em risco e também compromete o desenvolvimento da criança fruto dessa gestação. Na maioria das vezes, as mães adolescentes são mulheres de baixa renda, sem escolaridade e desprovidas de acesso às políticas públicas, o que reflete um grande problema social e que requer a articulação de iniciativas entre saúde e educação. Durante a campanha do então candidato a governador de Pernambuco Eduardo Campos, esta situação se tornou foco de seu programa de governo.

Eleito o novo governo, é lançado o Programa Mãe Coruja Pernambucana para cuidar de forma ampla da mulher e das crianças, fortalecendo os vínculos afetivos, promovendo uma gestação saudável e garantindo às crianças nascidas o direito a um desenvolvi-

mento saudável e harmonioso. Esse Programa nasce em outubro de 2007 por meio do Decreto n°.30.859 e foi instituído como Lei n°. 13.959 em dezembro de 2009. Desde então, trabalha com políticas públicas integradas em defesa da vida, envolvendo sete secretarias de Estado que atuam nas áreas de saúde, educação, desenvolvimento social e assistência. As ações são desenvolvidas nos *Cantos Mãe Coruja*, espaços físicos que estão presentes em todos os municípios com mortalidade acima de 25 para cada 1000 nascidos vivos.

Concepção do Programa: o Programa se alicerça em três pilares:

1. No reconhecimento dos direitos das mulheres, visto que são elas que engravidam e quando não acompanhadas de forma sistemática e plena pelo Estado, pela sociedade e pela família são as que mais sofrem consequências muitas vezes irreversíveis.
2. No reconhecimento da infância como um dos universos etários prioritários na formulação de políticas sociais conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente.
3. No reconhecimento e na definição como política prioritária e estratégica para o Estado de Pernambuco no enfrentamento das desigualdades sociais.

O Programa Mãe Coruja busca dar acesso à atenção integral para as gestantes usuárias do sistema público de saúde, seus filhos e família. Isso inclui estimular e potencializar os vínculos afetivos e consolidar uma rede solidária que contribua para a redução da mortalidade infantil e materna, bem como para o progresso de outros indicadores sociais. Para tanto, as áreas da saúde, educação, desenvolvimento e assistência social têm que trabalhar em conjunto.

O Programa possui três eixos prioritários: Saúde, Educação e Desenvolvimento Social. No eixo Saúde o objetivo é implantar a Política de Direitos Reprodutivos; garantir atenção ao pré-natal com qualidade e acesso ao parto humanizado; assegurar acompanhamento do puerpério e puericultura; garantir atenção integral e humanizada à mulher e à criança nas intercorrências da gestação, parto, nascimento, puerpério e situação de abortamento; reduzir o número de internações de crianças de zero a cinco anos por doenças diarreicas, respiratórias e por acidentes; promover ações para reduzir os índices de desnutrição infantil e materna e mobilizar agentes sociais em defesa dos direitos de crianças e mulheres.

No eixo Educação, há a intenção de consolidar a alfabetização das famílias acompanhadas pelo Programa e propiciar espaços de informação e qualificação profissional das famílias beneficiárias.

Em relação ao eixo Desenvolvimento Social, pretende-se promover a proteção e inclusão social das pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade e risco social; consolidar os direitos sociais e de cidadania; melhorar a regularidade, quantidade e qualidade da alimentação das crianças, gestantes e nutrizes com vistas à segurança alimentar e nutricional sustentável.

No que se refere ao modelo de atuação, foi adotada a estratégia de se criar espaços de acolhimento em todos os municípios do Estado, denominados Cantos Mãe Coruja. Neste local, as gestantes são cadastradas e monitoradas desde que a gravidez é descoberta até o pós-parto. A criança também recebe acompanhamento desde o nascimento até completar os cinco anos de idade; para os seus familiares também é oferecido este serviço de acompanhamento. Cada Canto Mãe Coruja conta com dois profissionais para cadastrar e acompanhar as gestantes e seus filhos, articulando as ações das diversas secretarias estaduais, municipais, sociedade civil organizada e

parceiros, criando, assim, uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. No sentido de monitorar, visualizar necessidades e encaminhamentos, foi criado um sistema de informação pelo qual se faz o monitoramento das ações.

Além da implantação e equipagem dos Cantos Mãe Coruja, o Programa investe também na estruturação de equipamentos para utilização nas maternidades por meio de convênios com os municípios, já que o Programa se baseia na articulação com a rede de saúde existente no município. Dentro das ações desenvolvidas pelo Programa, mantém-se um calendário de capacitações para profissionais de saúde nas áreas de: saúde da mulher, parto humanizado, imunização, aleitamento materno, segurança alimentar e nutricional, monitoramento da criança de risco, dentre outros. Há também o incentivo à investigação do óbito materno, fetal e infantil. O mapa abaixo apresenta os primeiros 93 municípios onde o Programa foi implantado.

I Recife — II Limoeiro — III Palmares — IV Caruaru — V Garanhuns — VI Arcoverde
VII Salgueiro — VIII Petrolina — IX Ouricuri — X Afogados da Ingazeira — XI Serra Talhada

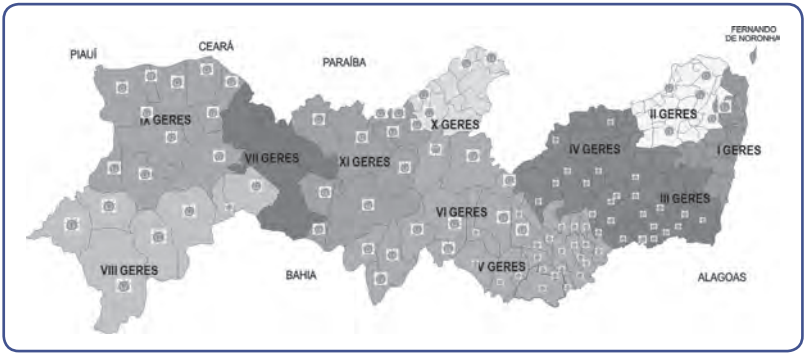


FIGURA 1. Mapa de Pernambuco apresentando a distribuição da implantação do Programa Mãe Coruja, 2007. SES-PE, 2011.

Como o programa opera: o Programa opera por meio das Secretarias de Saúde, da Mulher, de Educação, de Desenvolvimento Social e de Assistência, Juventude e Emprego, Agricultura e Planejamento.

O Programa Mãe Coruja, por meio de suas coordenadorias locais, também estabeleceu parcerias com os municípios, com a sociedade civil, com a prefeitura, com a Pastoral da Criança, com o UNICEF, com a Save The Children, com a Fundação ABRINQ, com a Universidade do Vale do São Francisco, com o Instituto de Pesquisa Agropecuária, com o Governo Federal (Rede Cegonha), com a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, com o Cidadão Futuro, com o Brasil Carinhoso, com a Rede Nacional da Primeira Infância, com o Fórum Nacional da Primeira Infância e com a Organização dos Estados Unidos (OEA).

Divisão de responsabilidades entre profissionais: o Programa possui 11 coordenadores técnicos regionais, 206 profissionais selecionados e contratados pelo Estado para atuarem nos Cantos Mãe Coruja, articuladores em alguns municípios e envolvimento de agentes comunitários de saúde.

Proposta metodológica: os coordenadores realizam reuniões mensais, que propiciam a troca de experiências e possibilitam ajustes nas atividades para que o programa se aperfeiçoe. Já o trabalho dos profissionais consiste no cadastro e monitoramento das gestantes identificadas por eles mesmos, ou por algum agente do Programa da Saúde da Família. Há esforço em articular as ações das diversas secretarias envolvidas no Programa em cada município, bem como em potencializar os vários instrumentos governamentais e da sociedade organizada que trabalham a promoção da melhoria das condições de vida das gestantes, crianças e seus familiares.

O Programa Mãe Coruja desenvolve capacitações para profissionais de saúde dos municípios onde há atuação do Programa, nas áreas de: saúde da mulher, parto humanizado, imunização, aleitamento materno, segurança alimentar e nutricional e monitoramento da criança de risco, dentre outros. Complementarmente, há o incentivo à investigação do óbito materno, fetal e infantil.

Os articuladores servem como conectores dos técnicos dos Cantos com as outras atividades e áreas do município. O Agente Comunitário de Saúde também assume um papel importante no Programa, pois auxilia na identificação das gestantes, no acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto, e ainda contribui com o encaminhamento. Quando uma mãe ou uma criança falta no serviço que lhe é prestado, os profissionais do Canto se encarregam de descobrir o motivo pelo qual se deu a falta. Isso significa que a família está sempre sendo monitorada.

Custos: os custos relativos aos profissionais, como os dos Cantos e os coordenadores regionais, são de responsabilidade da Secretaria de Saúde, a qual também deve equipar os Cantos Mãe Coruja. A remuneração dos articuladores e agentes de saúde, no entanto, vem do orçamento do município. No quadro a seguir estão representados os gastos gerais do Programa.

Boas práticas:

1. Aliança entre Governo do Estado e municípios em ações coordenadas de acordo com as especificidades locais.
2. Intersetorialidade é a peça chave para os bons resultados do Programa. Além de articular governos estadual e municipal também existe a colaboração de atores do segundo e terceiro setores.

Secretaria	Subação — Nome	Valor 2012
Desenvolvimento Social e Direitos Humanos	Fornecimento do Kit Bebê	R$ 663.700,00
Desenvolvimento Social e Direitos Humanos	Ações do programa Mãe Coruja Pernambucana na SEDSDH — Segurança Alimentar e Nutricional	R$ 440.500,00
Desenvolvimento Social e Direitos Humanos	Realização de palestras e oficinas de segurança alimentar e nutricional	R$ 10.000,00
Secretaria de Saúde	Implementação do programa Mãe Coruja Pernambucana	R$ 6.196.500,00
Secretaria de Saúde	Monitorar os comitês regionais e grupos técnicos de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais	R$ 887.200,00
Criança e Juventude	Interligar cartórios e maternidades para a erradicação do subregistro — minha certidão	R$ 2.231.800,00
Especial da Mulher	Erradicação do subregistro civil das mulheres e familiares atendidos no programa Mãe Coruja	R$ 5.000,00
Agricultura (IPA)	Distribuição de leite no programa Leite de Todos	R$ 10.000,00
Educação	Implantação dos círculos de educação e cultura	R$ 10.000,00
Educação	Promoção de formação continuada dos professores para os círculos de educação e cultura	R$ 50.000,00
Trabalho, Qualificação e Empreendedorismo	Execução, apoio, monitoramento e avaliação de cursos de qualificação profissional	R$ 9.286.000,00
		R$ 19.790.700,00

Fonte: SEPLAG.

3. Envolvimento da comunidade, pois além de promover a sensibilização para as questões da primeira infância, colabora com o trabalho em rede.
4. Papel ativo para as famílias como unidade para ação, pois o trabalho com as famílias implica o respeito às suas características, configurações e vivências. Visa ao fortalecimento das suas competências, da sua autoestima, dos seus vínculos e da sua capacidade de estimular e promover o desenvolvimento integral das suas crianças.
5. A Primeira Infância é entendida a partir de uma visão integral. A educação e os cuidados dos primeiros anos são pensados em todas suas dimensões: saúde, nutrição, higiene, desenvolvimento cognitivo, social e emocional.
6. Ser uma política pública, assegurada por lei estadual. Isto garante a continuidade do Programa. O poder das políticas públicas reside em sua capacidade de proporcionar melhora na qualidade de vida das pessoas e assim, influenciar o desenvolvimento de toda a sociedade por meio do capital humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mãe Coruja Pernambucana Cuidando das Mulheres e Crianças Fortalecendo a Atenção Primária. 2012.

Relatório Memória de visita ao Programa Mãe Coruja. 2013.

PROTOCOLO OPERACIONAL DO PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA. S/d.

SCHNEIDER, A. & RAMIRES, V. R. 2007. Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública. UNESCO e Governo do Estado do Rio Grande do Sul, Brasília.

Site

http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoes/programa-mae-coruja/

http://maecorujape.blogspot.com.br/

3. ESTRATÉGIA BRASILEIRINHAS E BRASILEIRINHOS SAUDÁVEIS (EBBS)

Localização: Rio Branco/Acre, Araripina e Santa Filomena — Sertão do Araripe/Pernambuco, Campo Grande/Mato Groso do Sul, Rio de Janeiro/Rio de Janeiro e Florianópolis/Santa Catarina.

Ano de início: 2007

Agentes responsáveis: Ministério da Saúde — Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (MS/CGSCAM) e Fundação Oswaldo Cruz — Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (Fiocruz/IFF).

Número de atendidos: em três anos foram realizados dez Encontros Nacionais de Coordenações de Saúde da Criança Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, com abordagem temática diversa e duração de três dias. Além desses Encontros foram realizadas, também, dezesseis oficinas de formação de consultores neste período, com várias abordagens temáticas e utilização de recursos lúdicos, com duração de um dia. A CGSCAM tem sua participação na figura de seus profissionais, os quais apoiam com referencias técnicas o trabalho dos consultores e coordenadores nos Estados e capitais.

Resumo da proposta de trabalho: ofertar, expandir e fortalecer os cuidados gerais em saúde para as crianças até seis anos de idade e seus familiares, incitar cada vez mais a elaboração e consolidação de políticas públicas viáveis e favoráveis ao desenvolvimento saudável dos cidadãos desde a primeira infância e reduzir as desigualdades de oportunidades nessa fase crucial da vida. Ainda pretende realizar ações para a minimização da mortalidade da mulher e do bebê, ampliar a rede de cuidados, atuar em prol da promoção de saúde e construir uma consciência sanitária capaz de não expor as mulheres e bebês a determinadas circunstâncias desfavoráveis à sua qualidade de vida.

Origem e histórico da iniciativa: a primeira infância é considerada, no Brasil, um período da vida entre zero e seis anos de idade. O avanço das pesquisas nessa área contribuiu para o entendimento de que o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos está atrelado às condições e aos estímulos a que foram expostos durante esta fase da vida. Dentro desse contexto, visando reforçar as conclusões da ciência em relação à importância dessa temática para a formação

integral das pessoas, iniciativas vêm sendo tomadas para favorecer o desenvolvimento humano e legitimar os direitos de proteção à primeira infância.

Dentre essas iniciativas, foi criada em 2009 a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), a qual uniu esforços do Ministério da Saúde (MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) num período em que se discutiam, no âmbito do Governo Federal, os programas de Aceleração do Crescimento e Desenvolvimento Nacionais (PAC) e as experiências nacionais e internacionais bem sucedidas nessa temática. Num cenário como este, viu-se a necessidade de especificar, em nível de políticas públicas, a relação estabelecida entre crescimento e desenvolvimento de uma pátria e de cada cidadão que a constitui. Para isso, ações capazes de lidar com a potencialização do desenvolvimento infantil se tornaram prementes e alinhavam-se às metas do milênio, compromisso assumido pelo País e que seria atendido com a EBBS.

A EBBS, através de seu documento "O Futuro Hoje", deixa claro que sua abordagem visa destacar e enfatizar a relação existente entre qualidade de vida e um ambiente acolhedor em sua origem, considerando a gama possível de arranjos familiares. Quando se há violência decorrente das desigualdades, isso impacta e compromete a produção de saúde. Por isso, "o reconhecimento internacional sobre a importância deste período em que a criança dá os seus primeiros passos no mundo justifica o foco numa política integrada que sustente a caminhada destes pequenos brasileiros em direção à sua cidadania (ODM, 2010)."

Por fim, através da Portaria MS/GM nº2.395 de 07 de outubro de 2009, a EBBS foi formalizada.

Concepção do programa: a EBBS tem a intenção de contribuir com o Ministério da Saúde/CGSCAM para o fortalecimento do pacto interfederativo que visa à formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) — destacando em seu texto o cuidado fundamental com o desenvolvimento na primeira infância e construção de cidadania. Pretende, ainda, realizar ações para a minimização da mortalidade da mulher e do bebê, ampliar a rede de cuidados, atuar em prol da promoção de saúde e construir uma consciência sanitária capaz de não expor as mulheres e bebês a determinadas circunstâncias desfavoráveis à qualidade de vida.

Para reforçar a importância da criação de dispositivos que garantam o desenvolvimento da primeira infância e realçar a abordagem diferenciada em ambiente que a EBBS propõe, o Relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS (2008) apresenta argumentos que sustentam tais propostas:

> *"Investir nos primeiros anos de vida é uma das medidas que permitirá com maior probabilidade a redução das desigualdades em saúde no espaço de uma geração [...] O desenvolvimento da primeira infância, em particular o desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo, determina de forma decisiva as oportunidades na vida de uma pessoa e a possibilidade de gozar de boa saúde, já que afeta a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho* (Penello & Lugarinho, 2013)."

Para reforçar o discurso, bases teóricas foram compiladas e direcionaram a forma de atuação da EBBS. Tal embasamento ancorou-se

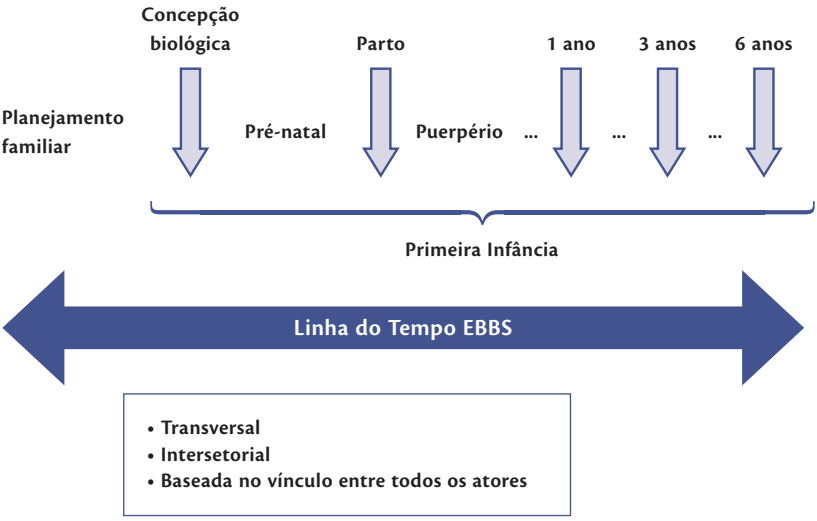
no conceito de que a saúde também é fruto de determinantes sociais, os quais devem ser considerados nas intervenções propostas para ofertar melhores condições para as famílias e suas crianças. Complementarmente, a EBBS segue referências teóricas da psicologia de Winnicott e Bowlby, as quais trazem a ideia de "um ambiente facilitador do crescimento e amadurecimento, com ênfase no vínculo amoroso entre o bebê e sua mãe ou cuidador, para que a criança possa se desenvolver plenamente".

Além de embasada pela teoria, a EBBS resgatou experiências de atuação vividas por seus próprios especialistas. Soma-se a esta estrutura a redefinição e hierarquização das estratégias propostas, com o intuito de consolidar as diretrizes e princípios da ação em si, bem como a definição de dispositivos, de resultados esperados e de critérios de avaliação. Dentre os princípios e diretrizes que fundamentaram a EBBS têm-se a transversalidade, o ambiente facilitador à vida, a sinergia, a inovação, a intersetorialidade, a indissociabilidade entre a atenção e a gestão, o fomento às iniciativas locais, o fortalecimento de vínculos, o fomento às grupalidades e a cogestão e gestão compartilhada.

O modelo de operação em si foi construído a partir de uma metodologia denominada *Linha de Cuidado Integral à Primeira Infância*, uma representação gráfica que facilita o mapeamento da visão que cada município piloto da EBBS tem, no que se refere às políticas para esse público.

Além disso, engloba a visão de onde se pretende chegar e o que é necessário fazer para atingir as metas traçadas, considerando a especificidade de cada região e as responsabilidades dos atores envolvidos. Mais especificamente sobre as ações, estas foram subdivididas em dois grandes grupos:

LINHA DO TEMPO: a continuidade do cuidado para a vida



1. Garantia da vida da mulher e do bebê, sendo o principal indicador a diminuição da taxa de mortalidade, com foco em:
   a. Pré-natal: ampliar a captação precoce (primeiros três meses) para 90% das mulheres grávidas em no mínimo seis consultas; cuidado diferenciado e em continuidade para mulheres em situação de vulnerabilidade ou risco, caso de adolescente grávida que rejeita a gravidez, mulher com transtorno depressivo, minorias raciais (indígena, negra), usuária de álcool, tabaco e outras drogas, mulher deficiente e em situação de prisão.
   b. Parto: garantir parto humanizado atendendo o direito da mulher de saber onde e com quem terá o seu filho: ampliar a vinculação entre as equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família) e as equipes das maternidades.

c. Puerpério: incentivar o aleitamento materno exclusivo por seis meses ampliando dispositivos ofertados à mulher para favorecer sua opção em amamentar.

2. Garantia de desenvolvimento saudável e qualidade de vida com capacidade de brincar.

Nesse grande grupo, o brincar representa a capacidade de explorar o entorno com o objetivo de descobri-lo, conhecê-lo e atuar sobre ele para transformar o ambiente existencial no qual vivemos. Nesse sentido, a ideia é que todos podem, com o brincar, desenvolver autonomia necessária para dar sentido ao seu próprio curso de vida e também estabelecer importantes companhias que contribuem para uma vida mais saudável.

A instituição da EBBS tinha a pretensão de alcançar resultados como:

- Produção de práticas de cuidado que propiciam um ambiente facilitador à vida.
- Articulação de políticas e adaptação de ações ao contexto local para o cuidado integral à primeira infância.
- Mudança nas práticas de gestão e cuidado a partir da inclusão do tema ambiente facilitador ao desenvolvimento infantil.
- Aumento do protagonismo das famílias na produção do cuidado, considerando sua determinação social.
- Desenvolvimento de um trabalho intersetorial entre diferentes atores e serviços governamentais e não governamentais, o qual proporciona uma visão de cuidado integral.
- Aumento do compartilhamento das decisões entre os profissionais da atenção e da gestão.

- Aumento do compartilhamento de práticas de cuidado voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.
- Ativação de coletivos para produção de ações voltadas para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.

Como o programa opera: com o intuito de conduzir organizadamente seu modelo de atuação, a EBBS criou cinco dispositivos para o cuidado com a aplicação da estratégia. São eles:

- Apoiador matricial: tem a função de fazer a articulação teórico-operacional entre as áreas técnicas do MS e a CN/EBBS (Coordenação Nacional da EBBS).
- Apoiador local: principais funções: conduz, mapeia, planeja, articula e dispara as ações da EBBS nos municípios piloto, bem como promove a constituição do Grupo Executivo Local (GEL).
- Encontro de apoiadores: onde são realizadas oficinas com os apoiadores locais para troca de experiências, avaliação sobre o processo de trabalho, construção de agendas, compartilhamento de resultados e identificação de novos desafios e potencialidades.
- Grupo Executivo Local (GEL): tem a função de propor e articular as ações voltadas à primeira infância de forma intersetorial nos municípios piloto, planejar e operacionalizar a EBBS. Seus componentes incluem a Secretaria Municipal de Saúde e outros agentes não governamentais.
- Grupo Executivo Nacional (GEN): acompanha a implantação da EBBS. Possui a cogestão do Saúde da Criança/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde (MS).

- Coordenação Nacional: representada pelo Instituto Fernandes Figueira, unidade da Fiocruz.
- Comitê Técnico Consultivo Nacional: é o espaço mais inclusivo com participação das instâncias de governo e sociedade civil organizada.

Proposta metodológica: a EBBS foi implantada em seis municípios piloto, escolhidos de forma a representar a heterogeneidade da realidade nacional e com o objetivo de mapear o que cada um desses municípios selecionados oferecia a favor do desenvolvimento infantil e quais os principais desafios dessa temática. Os municípios analisados foram Rio Branco/Acre, Araripina e Santa Filomena — Sertão do Araripe/Pernambuco, Campo Grande/Mato Groso do Sul, Rio de Janeiro/Rio de Janeiro e Florianópolis/Santa Catarina.

As diretrizes propostas para a condução da EBBS dizem muito sobre a forma como foi aplicada:

- A *co-gestão* e a *gestão compartilhada* proporcionaram modos distintos de gestão, bem como agregaram novas maneiras de negociação de interesses, de tomadas de decisões e construção das atividades.
- O *fortalecimento de vínculos* tinha como premissa investir nas relações de cuidado entre as crianças e seus cuidadores (pais, familiares, vizinhos, etc.).
- O *fomento às iniciativas* locais foi um trabalho contínuo de mapeamento, apoio e valorização de práticas de gestão e de cuidado nos territórios que considera os contextos locais, seus recursos, suas potencialidades e fragilidades.

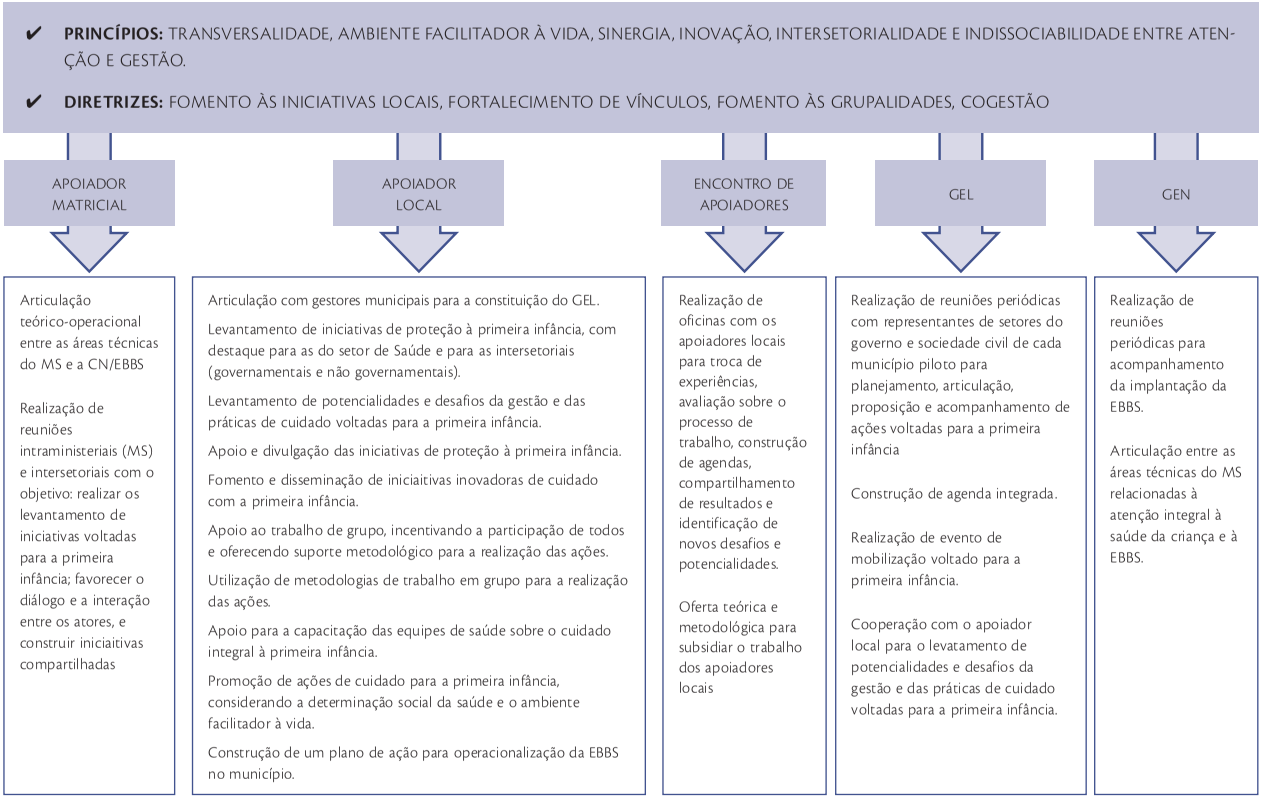
- O *fomento às grupalidades* objetivava a constituição do trabalho em grupo de modo a potencializar os vínculos e o sentido de pertencimento.

Em resumo, a proposta pedagógica agrupou ações como a mobilização do MS, dos prefeitos e secretários municipais de saúde, entre outros, reuniões de trabalho (fórum público, seminários) com apoiadores e lideranças locais para que conhecessem e implantassem a EBBS, preparação para os encontros do Comitê Local, pactuação de agenda de trabalho, constituição de espaços coletivos para a troca de experiências e para agregar a diversidade e pluralidade dos serviços prestados nos municípios, construção de estratégias de composição de agendas que garantam a uniformidade das experiências piloto, garantindo a inclusão de singularidades territoriais, produção de conhecimento a partir das experiências piloto e estabelecimento de um processo de comunicação entre os distintos grupos locais para a troca de conhecimentos e a cooperação lateral.

Para avaliar os resultados alcançados nos municípios piloto foram criados critérios para cada uma das diretrizes, critérios estes validados pelos próprios especialistas da EBBS.

Para a diretriz *fomento às iniciativas locais*, os critérios de avaliação englobaram a definição de profissional de referência na articulação entre as redes de educação, saúde e assistência social nos territórios de atuação da EBBS, articulação intersetorial, levantamento de ações e serviços oferecidos para o planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos e apoio às experiências exitosas.

Para o *fortalecimento de vínculos*, observou-se a oferta de opções que tornam o ambiente emocional um favorecedor do desenvolvi-



Modelo Lógico da EBBS

mento infantil aos profissionais envolvidos, incentivo à presença dos pais, utilização de metodologias que promovam o protagonismo das famílias no cuidado à criança e oferta de formação em saúde mental e desenvolvimento infantil para os profissionais das redes municipais de saúde, educação e assistência social.

Os critérios para a diretriz *fomento às grupalidades* envolveram a criação das oficinas ampliadas, que são espaços de trocas de conhecimentos e experiências, realização de atividades grupais e intersetoriais de saúde e oferta de espaços para reflexão do processo de trabalho, as quais eram realizadas trimestralmente em diferentes regiões do País. Configuraram um espaço participativo de escolha, para apoio à formulação, monitoramento e avaliação qualitativa, reenviando às demais instâncias as informações fundamentais à continuidade da intervenção, com a execução compartilhada via Fiocruz/IFF e MS/CGSCAM.

Sobre a última diretriz, a cogestão e a gestão compartilhada foram avaliadas pela existência de ações condescendidas entre diferentes setores, realização de ações de atenção integral à saúde da criança e utilização de metodologias que incitem o protagonismo dos profissionais de saúde nas práticas de cuidado e gestão voltadas às crianças.

Na Fase 1 do projeto, foi experimentado, além dos encontros presenciais (trimestrais), um acompanhamento via plataforma EAD, com disponibilização de fóruns temáticos co-construídos. Em meados de 2011, quando o projeto já se encontrava na Fase 2, a Plataforma Moodle customizada pelo DATASUS foi apresentada como ferramenta imprescindível para a EBBS, no que tange a condução metodológica delineada para a formação dos consultores estaduais/apoiadores (27) e coordenadores de saúde da criança de todos os Estados (26), DF e capitais brasileiras (27), nessa altura já com uma tutoria estabelecida.

Atualmente, a CGSCAM com a contribuição da EBBS vem trabalhando, articuladamente, três grandes eixos com base na integração das ações realizadas em campo e da integralidade da Atenção à Criança: Formação, Gestão e Avaliação/Monitoramento. Para cada um desses eixos há uma equipe de profissionais especialistas, os quais se encontram presencialmente a cada três meses (assemelhando-se às Oficinas Ampliadas) com os consultores e coordenadores de saúde da criança nos Estados e capitais do País.

Na atual Fase (EBBS Fase 4), esforços estão sendo concentrados no suporte à construção e implantação da PNAISC, que encontra-se tramitando na Comissão Intergestores Tripartite, com a finalidade de incorporação ao SUS. O texto da política resgata o reconhecimento global da importância da primeira infância saudável como base para a produção de cidadania e democracia. Essa compreensão vem facilitando as negociações técnicas e políticas deste campo, incluindo o tema na agenda do Governo Brasileiro, como, por exemplo, o Plano Brasil sem Miséria e Ação Brasil Carinhoso e os investimentos na formulação e implantação da Rede Cegonha.

Custos: o financiamento da EBBS foi garantido pela área técnica de Saúde da Criança/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Porém, o alcance de sua concepção incluiu, além dessa área, as áreas técnicas de Saúde da Mulher e Saúde Mental, o Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS)/Secretaria de Vigilância da Saúde (SVS), o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)/Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS) e a Política Nacional de Humanização (PNH). Para o período 2008-2011 foram orçados R$ 3 milhões, porém não se encontrou informação sobre a destinação dos recursos pelo MS.

Projetos apoiados:

1. Araripina — Sertão do Araripe/Pernambuco:

Segundo o IBGE (2012), a população da região em 2010 era de 77.302 habitantes, dos quais 46.908 (60,7%) residiam na área urbana. A população total de crianças de zero a seis anos correspondia a um total de 10.419, equivalendo a 13,47% de toda a população da região. Também segundo o IBGE (2012), Araripina em 2009 apresentava um PIB *per capita* de R$ 4.284,80, ou seja, mais de 60% da população do município viviam em condições de pobreza. Em relação à rede educacional do município, em 2009 havia 98 unidades de ensino pré-escolar, sendo 88 delas municipais.

2. Santa Filomena — Sertão do Araripe/Pernambuco:

Em 2010, a população era de 13.371 habitantes, sendo que 83% (11.145) viviam na área rural. A população total de crianças de zero a seis anos era de 1.742 crianças, o que equivalia a 13,02% da população (IBGE, 2012). Em 2009, o PIB *per capita* do município foi de R$ 3.080,23 e 70% da população viviam em condição de pobreza. Em relação à rede educacional do município, em 2009 havia 36 unidades de ensino pré-escolar com 48 docentes.

3. Florianópolis/Santa Catarina:

Segundo o IBGE (2012), a população em 2010 era de 421.240 habitantes. A população total de crianças de zero a seis anos correspondia, no mesmo ano, a um total de 31.110, equivalendo a 7,38% de toda a população da região. Também segundo o IBGE (2012), Florianópolis em 2009 apresentava um PIB *per capita* de R$ 20.305,44. Em relação à rede educacional do município, em 2009 havia 138

unidades de ensino pré-escolar, sendo 75 delas municipais, uma estadual, uma federal e 60 da rede particular.

4. Rio Branco/Acre:

Em 2010, a população da região era de 336.038 habitantes, sendo que 42.924 eram crianças de zero a seis anos. Esse número representava 12,77% do total da população do município. Em 2009, Rio Branco apresentava um PIB *per capita* de R$ 12.542,31. A rede educacional do município contava com 70 unidades de ensino pré-escolar, dentre as quais 33 municipais, 22 estaduais, uma federal e 15 da rede privada.

5. Campo Grande/Mato Grosso do Sul:

A população em 2010 atingiu 786.797 habitantes. Deste número, 79.016 eram crianças de zero a seis anos, o que representava 10,04% da população total. O PIB *per capita* era de R$ 15.422,30 no ano de 2009. A rede educacional do município contava, em 2009, com 275 unidades de ensino pré-escolar, dentre as quais 150 eram da rede municipal, duas estaduais e 123 da rede privada.

6. Rio de Janeiro/Rio de Janeiro:

Em 2010, a população era de 6.320.446 habitantes, sendo que 517.009 eram crianças de zero a seis anos. Esse número representava 8,17% do total da população do município. Em 2009, o Rio de Janeiro apresentava um PIB *per capita* de R$ 28.405,95. A rede educacional do município contava com 1.845 unidades de ensino pré-escolar, dentre as quais 720 municipais, cinco estaduais, duas federais e 1.118 da rede privada.

Desafios: em termos gerais, o desafio maior diz respeito à alteração nos modos de comunicação e de interação dos agentes institucionais.

Os desafios identificados em cada município participante foram:

Campo Grande:

- Garantia do pré-natal e o parto humanizado por meio de capacitações dos profissionais para atuarem como facilitadores na promoção do vínculo entre mãe e bebê.
- Sensibilização dos profissionais.

Florianópolis:

- Ampliação da Rede Amamenta Brasil.
- Estruturação da Caderneta da Mulher.
- Unificação das bases de dados intersetorial (serviço social, saúde e educação) para que todos tenham acesso a uma ficha única da criança e do adolescente.
- Ampliação do número de CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e articulação com a APS (Atenção Primária da Saúde).

Rio Branco:

- Alta rotatividade dos profissionais da APS.
- Integração da rede para o cuidado.

Rio de Janeiro:

- Multiplicidade de políticas e fragmentação de ações de cuidado materno-infantil.

Sertão do Araripe (Araripina e Santa Filomena):

- Carência de sistemas de informação.
- Baixa cobertura de assistência (Araripina).
- Baixa qualidade de atenção primária.

- Altos índices de violência contra a mulher e a criança.
- Deficiência da referência do pré-natal de alto risco.
- Deficiência no incentivo ao aleitamento materno.
- Carência de creches.

Boas práticas:

1. Intersetorialidade é a peça chave para os bons resultados do programa. O desenvolvimento integral da criança é uma temática multidimensional e por isso exige uma resposta intersetorial.
2. Transversalidade na comunicação, informação e sensibilização com a construção de um estado de espírito cooperativo favorável à cogestão, com objetivos claramente definidos na perspectiva do trabalho em rede.
3. As políticas sociais básicas (de Saúde, Assistência Social e Educação) devem estar conectadas para que seja proporcionado à primeira infância um olhar integrado para o seu desenvolvimento e a articulação entre agentes, setores e instituições que tomem decisões embasadas num contexto geral de vida e possam atuar na saúde e cidadania dessa população.
4. Produção de novos conhecimentos acerca do tema primeira infância no Brasil, os quais culminaram na implantação de políticas públicas e podem ajudar na criação de outras.
5. Adoção de medidas socioeducativas e intersetoriais para a realização de atividades e ações para a redução da gravidez na adolescência.
6. A formação de grupos é importante, pois eles passam a ser um espaço de escuta, troca de experiências e, ainda, incentivam a construção de modos de relação mais solidários e produtores de autonomia e cidadania. Isso repercute no compartilhamento de

responsabilidades entre o Estado e a sociedade civil para a construção de um ambiente favorável/cuidado prestado à população.

7. A cogestão busca soluções temporárias para a resolução de conflitos, através de acordos de compromissos. Além disso, propõe a ampliação do conceito de gestão, pois inclui e agrega novos sujeitos nos processos de planejamento, tomadas de decisões e faz com que todos se responsabilizem pela produção de saúde. Esse compartilhamento da gestão reforça e favorece o protagonismo dos indivíduos.
8. O mapeamento ajuda a refletir sobre os fatores sociais, os quais compõem a dinâmica socioespacial. Ele colabora para a percepção das práticas sociais e das realidades existentes.
9. As relações estabelecidas entre todos os envolvidos nessa temática promovem um encontro de intenções, interpretações, necessidades e sentimentos que criam vínculos afetivos e estimulam a autonomia e cidadania, potencializando as relações de cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default2.php>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

MENDES, C. H. F. Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. 2012. *Pesquisa Avaliativa da implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.* Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6797/2/Sum%C3%A1rio%20da%20pesquisa%20avaliativa.pdf>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

ODM Saúde Brasil. *O Futuro Hoje — Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis — Primeiros Passos para o Desenvolvimento nacional*. 2010. Disponível em: <http://www2.hu.usp.br/wp-content/uploads/2011/06/Livro-5-O-Futuro-hoje.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

PENELLO, M. L. ***et al.*** S/d. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis — Primeiros Passos para o Desenvolvimento nacional*. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-ii-ano-iii/comunicacao-pesquisa/estrategia brasileirinhos-e-brasileirinhas-saudaveis-primeiros-passos-para-o-desenvolvimento nacional.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2013.

PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis — A contribuição da EBBS à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança*. 1 ed. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013.

Site: http://www.ebbs.iff.fiocruz.br/

4. PROGRAMA ASAS DA FLORESTANIA INFANTIL — ASINHAS

Localização: Estado do Acre

Ano de início: 2009

Agentes responsáveis: Governo do Acre e Banco Mundial

Número de atendidos: Dos 22 municípios do Estado do Acre, o Asinhas já foi implantado em 18. Atualmente estão sendo atendidos

2.083 crianças, 257 agentes e 20 supervisores. De 2009 a 2014 totalizam 11.719 crianças atendidas em 10.418 famílias.

Resumo da proposta de trabalho: o Asinhas foi apresentado pelo governo do Estado do Acre para todos os municípios como uma modalidade de atendimento domiciliar feito por um agente de educação que semanalmente se desloca até as famílias das diversas comunidades, oportunizando às crianças nas áreas mais longínquas do Estado, o direito à Educação Infantil.

Origem e histórico da iniciativa: o Asas da Florestania Infantil nasce para reparar uma "lacuna histórica" (SEE, 2010) de não atendimento do direito à educação das populações isoladas geograficamente na região Amazônica, em especial quando se refere à educação infantil. O programa parte da premissa que educação infantil é, antes de tudo, um direito fundamental da criança para seu desenvolvimento pleno. Assim, o projeto surge para estender a educação infantil às crianças que vivem em localidades rurais e dispersas, por meio de um programa educativo de qualidade e em consonância com a especificidade da cultura local.

De acordo com o último Censo realizado, a população rural corresponde a quase 16% da população total do Brasil. Apesar de ser uma parte menor da população que reside nessas áreas, o grau de prioridade deveria ser alto, considerando a discrepância entre regiões no que concerne ao analfabetismo, por exemplo. "Nas zonas rurais a taxa de analfabetismo em 2011 era de 21,2%, o dobro da média nacional, enquanto nas zonas urbanas a taxa encontrada foi de 6,5% para o mesmo ano" (SARAIVA & MARTINS, 2012).

Torna-se evidente que é no meio rural que se encontram os mais baixos índices de escolaridade de toda a população. A Secretaria Estadual de Educação do Acre chama atenção para o fato de faltar uma política de educação pensada para o meio rural, considerando a realidade e necessidades locais. Para reverter esse cenário, em 2005 o Governo acreano implantou o programa Asas da Florestania Fundamental. Em 2008, ampliou a iniciativa para o Ensino Médio e em 2009 nasceu como um reconhecimento que o público infantil também tem direito ao acesso a educação pública e de qualidade.

Vale lembrar que esta iniciativa insere-se em um contexto maior: o Programa de Inclusão Social e Desenvolvimento Econômico Sustentável do Acre (Proacre). Trata-se de uma parceria entre o Governo do Acre e o Banco Mundial, que busca promover o desenvolvimento das comunidades mais isoladas.

Ao observar a pesquisa de amostragem realizada em 28 comunidades contempladas pelo Asinhas, é possível entender melhor este universo particular. Por exemplo: 80% das comunidades distam mais de cinco quilômetros da cidade mais próxima. O meio de transporte mais comumente utilizado é o barco. O caráter rural é facilmente notado quando se observam as principais atividades econômicas dessas comunidades, que são a pesca, o seringal e principalmente a agricultura de subsistência.

Quanto ao quesito saúde, na amostragem, apenas seis comunidades são atendidas pelos agentes de saúde. O nível educacional dos pais das crianças é baixo, não sendo raro o analfabetismo. Nesta mesma pesquisa foi constatado que nenhuma das casas possui água encanada ou esgoto e apenas 39% possuem energia elétrica, o que está diretamente relacionado a somente 35% das

famílias possuírem geladeira. Apesar de se tornar evidente a frágil condição econômica em que as famílias se encontram, é interessante notar que o programa Asinhas está todo embasado na premissa da educação enquanto direito e, por isso, não é um programa compensatório de assistencialismo.

Dados da região: no fim do século XIX, o Acre se tornou uma disputa de território entre Brasil, Bolívia e Peru por conta do comércio da borracha. Mas somente em 1962 foi sancionada a lei que promove o Acre a condição política de Estado brasileiro. Em 1940, sua população era de aproximadamente 80 mil habitantes, dos quais 65 mil viviam no meio rural. Em 2010 percebe-se o dramático crescimento populacional, quando a população saltou para 733 mil pessoas, das quais quase 30% permanecem no meio rural. Em comparação com o restante do Brasil, este é um Estado de alta ruralidade, o que é evidenciado pelas principais atividades econômicas de cunho extrativista que são a exportação da madeira e da castanha do Pará. A pirâmide etária do Acre é expressivamente larga na base. Em outras palavras, trata-se de uma população bastante jovem. A primeira infância, contada pelo IBGE do zero aos quatro anos soma no Estado 77.365 pessoas, ou seja, 10,5% da população total. Os dados reforçam a importância das iniciativas em criar o Asinhas.

Concepção e operação do programa: o Asinhas não trabalha com todas as necessidades da primeira infância. É um programa educativo focado para crianças de quatro e cinco anos de idade. O governo do Estado lidera a iniciativa e o Banco Mundial colabora com o financiamento, enquanto o Instituto Abaporu, como órgão assessor, elabora conceitualmente o material didático-pedagógico e a estrutura da formação continuada dos profissionais envolvidos.

A partir do momento em que o município adere ao programa do Estado, a secretaria municipal se torna a responsável institucional. Em relação ao time executor, a proposta do Asinhas é bastante peculiar e ousada, talvez por isso os resultados sejam tão positivos. O mecanismo central de operação do programa é o atendimento domiciliar às crianças. Os supervisores devem ser licenciados em Pedagogia, ter experiência com educação infantil e atuar exclusivamente no Programa. Cabe a eles garantir o monitoramento constante do trabalho (realizado quinzenalmente) e a formação permanente dos agentes (continuada três meses por ano).

Os agentes de educação são os profissionais que trabalham diretamente com as crianças. Eles pertencem à própria comunidade onde atuam. Seu perfil valoriza a capacidade de interação e flexibilidade para o trabalho em equipe. Além disso, deve buscar não adotar uma postura invasiva ao se visitar as famílias. Apesar de o programa ter uma proposta participativa, existe também uma preocupação latente em respeitar a forma de vida de cada família. O empenho dos agentes se torna evidente ao se observar que, para chegar até as crianças, os profissionais precisam enfrentar mata fechada, sol forte, chuva, atravessar rios e subir barrancos. Para isso, contam com moto, canoa, cavalo ou bicicleta. Tamanho engajamento pode ser traduzido com o seguinte trecho:

> "Então pé na estrada, foi isto que fiz. Olhos e ouvidos abertos que aí vem aventura. Na primeira visita na casa do Claudson eu nunca imaginava que eu era capaz de fazer a entrega dos materiais e falar sobre o projeto depois de ser picada por uma cobra na porteira do terreiro. Foi um desespero! Em uns 20 minutos realizei os primeiros cuidados. Chamaram meu esposo que estava no vizinho trabalhando. Vimos que a cobra não era peçonhenta. A outra aventura foi correr pra se livrar da chuva e cair na lama... (SEE, 2010)."

O fato de uma parte significativa dos pais ser analfabeta, não raro os agentes os apontam como verdadeiros entusiastas do projeto, pois desejam que seus filhos tenham a chance de estudo que nunca tiveram. De fato, antes mesmo de a criança chegar à instituição escolar, seu aporte intelectual já estará em desenvolvimento por conta de suas experiências e aprendizados no Asinhas. Para além desta importante conquista, vale pontuar que o aprendizado que se constrói vai além daquele que será utilizado na escola, pois se trata da formação do indivíduo. Como resume um agente: "O programa Asinhas trouxe às nossas crianças a oportunidade de crescer já aprendendo (SEE, 2010)."

Proposta pedagógica: as atividades elaboradas para o Asinhas são provenientes de quatro grandes eixos a serem desenvolvidos com as crianças. São eles:

- Linguagem verbal, letramento e conhecimento de mundo.
- Conhecimento de temas da natureza, da sociedade e de suas relações.
- Conhecimento matemático.
- Artes e cultura corporal.

A proposta pedagógica está estruturada em seis módulos com vinte encontros cada. O agente de educação visita a criança duas vezes por semana e cada encontro dura em média duas horas e meia. Cada agente atende cerca de dez famílias e o critério de definição do número de famílias por agente de educação é a dispersão geográfica entre as residências. Assim, crianças que são vizinhas, ou mesmo parentes podem compor o pequeno grupo.

Apesar de um encontro nunca ser igual ao outro, sua estrutura é sempre a mesma. O dia de aprendizagem se desdobra da seguinte maneira:

- *Pra começo de conversa*: ritualização do começo do encontro.
- *Lá vem história*: momento extremamente valorizado pelas crianças (e também seus familiares), pois o encontro com os agentes é talvez a única chance de a comunidade acessar material impresso.
- *Vamos brincar*: as brincadeiras são as mais diversas possíveis e compõem um genuíno patrimônio cultural.
- *Vamos cantar*: são incorporados cantos locais e também é introduzido novo repertório.
- *Descobrindo coisas do mundo*: avaliar pegadas de animais no quintal de casa, desvendar o corpo humano, estudar larvas e nuvens. O objetivo é ampliar o universo de conhecimento das crianças.
- *Que número é esse?*: trabalhar letramento numérico, noções de comparação, formas espaciais de forma lúdica e instigante.
- *Fazendo arte*: esculturas feitas com o barro do rio, desenhos no chão batido, dentre outras atividades como meio de desenvolver a expressão artística.
- *Lendo e escrevendo*: exercício de produção textual.
- *Por hoje é só*: encerramento e conclusão das atividades desenvolvidas ao longo do dia.

A partir de sólidas premissas de desenvolvimento humano e fomentação de habilidades cognitivas e não cognitivas em cada módulo previsto pelo programa, o agente se apoia no caderno de planejamento (com atividades detalhadamente orientadas) e no caderno de registro, o que proporciona um momento de reflexão sobre o dia de trabalho com as crianças.

Para os alunos é oferecido um conjunto de folhas de atividades e caderno de texto com histórias, poemas, músicas, quadrinhos e

trava-línguas. Como curiosidade, para aqueles que não conhecem, trava-língua é uma espécie de jogo verbal que consiste em dizer, com clareza e rapidez, versos ou frases com grande concentração de sílabas difíceis de pronunciar, ou de sílabas formadas com os mesmos sons, mas em ordem diferente. Os trava-línguas são oriundos da cultura popular e caracterizam-se por modalidades de parlendas, que são versinhos com temática infantil recitados em brincadeiras de crianças. Além de aperfeiçoarem a pronúncia, servem para divertir e provocar disputa entre amigos.

Outro ponto interessante de acordo com os agentes de educação é quando percebem que as crianças nunca tinham visto um lápis de cera até o encontro com o Asinhas. A partir dessa informação é possível imaginar a satisfação das crianças em receber o kit pedagógico (mochila contendo lápis, borracha, giz de cera, tinta guache, caderno, letras e números móveis, pula corda, calculadora, espelho, lupa).

Custos:

O Asinhas faz parte das ações do Programa de Inclusão Social e Desenvolvimento Econômico Sustentável do Acre (Proacre). Foi uma iniciativa de investimento que o Governador Binho Marques implantou para garantir a presença do Estado, levando os serviços básicos e estruturantes às Zonas de Atendimento Prioritário (ZAPs) nas comunidades isoladas, que contou com a parceria realizada entre o Governo do Acre e o Banco Mundial, na busca de promover o desenvolvimento dessas comunidades.

Em sua fase inicial, o Proacre tinha previsão de seis anos de duração — o empréstimo firmado foi de US$ 150 milhões, recurso destinado às ações de saúde, educação e produção. Todo o esforço do governo foi para promover a inclusão social e econômica das

populações em situação de pobreza, vulnerabilidade e risco social, residentes tanto nas áreas urbanas, quanto rurais isoladas ou remotas do Estado. Desse total de recurso, aproximadamente US$ 5 milhões foram destinados ao Asinhas.

Para garantir a execução do Asinhas, anualmente compete a Secretaria de Estado de Educação assegurar:

- Aquisição de kit aluno (material pedagógico).
- Serviço de reprodução (material gráfico para atender as crianças e agentes).
- Aquisição de kit de material didático e pedagógico para os agentes de Educação.
- Momentos de formação continuada para agentes e supervisores;
- Acompanhamento das atividades nos municípios (monitoramento).
- Aquisição de kit tecnológico — equipamentos.

A soma de todas as despesas custeadas pelo Estado em parceria com as prefeituras, responsáveis pelo pagamento do salário dos agentes e técnicos responsáveis pelo acompanhamento das atividades junto às famílias e crianças, gera um custo/aluno no valor de R$ 900,00.

Desafios: o Asinhas ainda é um programa pouco conhecido e reconhecido. A literatura existente sobre ele se resume a duas publicações da própria Secretaria da Educação. Dentre os desafios encontrados temos:

- Inicialmente, os agentes de educação tiveram dificuldade em estabelecer um canal de comunicação com as crianças. Possivelmente, o fato de estarem mais isoladas, exige que novas formas de comunicação sejam utilizadas e, para isso, exercitar as crianças para

que perdessem a inibição de falar foi um exercício importante. Proporcionar diálogo aberto e convidativo com as crianças e suas famílias foi essencial para estabelecer um vínculo de confiança.

- Outro desafio é o próprio desenho do programa, no que se refere ao atendimento domiciliar. A logística de deslocamento é complicada dada a distância, condições de acesso e o próprio ambiente da floresta, o que acaba dificultando esse tipo de serviço.
- Cabe refletir sobre a autonomia financeira do governo em relação à continuidade do projeto, uma vez que ainda não está claro como será sua permanência após a saída do Banco Mundial em 2015.

Boas práticas:

1. O Programa proposto facilita a sua incorporação gradativa pelas prefeituras dos municípios que apresentam ruralidade, já que contam com o Estado oferecendo condições para sua implantação.
2. Oficinas de formação realizadas constantemente tanto para agentes de educação quanto supervisores são fundamentais para alimentar conceitualmente a equipe e para a reflexão sobre temas relevantes que surgem da prática.
3. A visita domiciliar caracteriza um modelo alternativo de educação muito interessante quando a proposta é solucionar, ao mesmo tempo, a dificuldade de acesso a custos mais justos oferecendo um espaço privilegiado de aprendizagem. Essa alternativa parece mais viável do que construir uma unidade escolar para cada comunidade, ou fazer as crianças pequenas se deslocarem para locais distantes de sua moradia.
4. Proposta pedagógica rica em termos de atividades, que permite a criança explorar o seu universo de forma autônoma e reflexiva.

5. Pensar educação como direito e não como política assistencialista para garantir a qualidade da proposta e da prática educacional.
6. Vínculo de comprometimento e confiança estabelecido entre o agente e a criança, mas também com a família.

Com certeza, a floresta Amazônica não faz parte do cotidiano da maioria dos brasileiros, entretanto, aos que lá estão o Asinhas pode ser um mote inspirador. O ingrediente de sucesso expressado por um dos agentes é universal, não importa se no meio urbano ou rural: "A crença é absoluta na capacidade de aprendizado das crianças (SEE, 2010, p. 56)".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO. 2010. Projeto Asas da Florestania Infantil: Na trilha da história "retratos de Florestania".

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO E ESPORTE (SEE). *Programa Asas da Florestania Infantil*, Governo do Estado do Acre.

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO/COORDENAÇÃO DE ENSINO RURAL. 2009. *Formação Continuada de Educadores: Módulo I — As crianças e as suas coisas.*

SECRETARIA DO ESTADO DE PLANEJAMENTO (SEPLAN). 2011. *Acre em Números*, Governo do Estado do Acre.

UNICEF. 2012. *The State of the World's Children 2012: Children in a Urban World.*

WORLD BANK. 2008. Project Information Document (PID) Concept Stage *Acre Social and Economic Inclusion*, Report No.: AB3838.

Sites:

IBGE — *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>. Acesso em

SARAIVA, A.; MARTINS, D. (28 de Novembro de 2012) Analfabetismo na zona rural é o dobro da média nacional, segundo IBGE. ***Valor Econômico.*** Disponível em: http://www.valor.com.br/brasil/2919908/analfabetismo-na-zona-rural-e-o-dobro-da-media-nacional-segundo-ibge#ixzz2m5QKKlmG

5. PROGRAMA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA DA FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL

Localização: Estado de São Paulo
Ano de início: 2008
Agente responsável: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
Número de beneficiários:

- Doze municípios que aderiram ao Programa Primeiríssima Infância e desenvolveram ações intersetoriais em prol das crianças e suas famílias.
- Foram 3.265 profissionais capacitados diretamente, que multiplicaram os conteúdos para outros 14.200 profissionais.

Resumo da proposta de trabalho: o Programa foi estabelecido como um programa piloto da FMCSV em sua nova fase após decidir focar sua atenção para o desenvolvimento da primeira infân-

cia. Seu objetivo foi o de conceber um conjunto de estratégias para aprimorar as práticas de atendimento à criança e à gestante, por meio da disseminação de conhecimentos e práticas aos profissionais de unidades de saúde, educação infantil e assistência social, sobre o desenvolvimento da primeira infância (DPI), com base numa visão integral e integrada da criança como sujeito de direitos, especialmente quanto ao desenvolvimento pleno e saudável. Para tanto, foram identificados e sistematizados esses conhecimentos e práticas, planejadas e realizadas as oficinas de trabalho com os profissionais, selecionadas as municipalidades que fariam parte do Programa, estabelecidas as linhas de base com informações sobre cada municipalidade, e estratégias de monitoramento de como conhecimentos e práticas eram levadas aos pais, cuidadores, e outros profissionais. O Programa representou grandes desafios tanto para a FMCSV como para os municípios que aceitaram trilhar junto esse caminho.

Origem e histórico da iniciativa: entre os anos de 2003 a 2006, a FMCSV redefiniu seu foco de atuação para o desenvolvimento da primeira infância. A decisão de assumir esse tema como a causa social da Fundação foi tomada após os membros da 2ª e 3ª gerações da família do fundador conhecerem mais profundamente os avanços da neurociência demonstrando como as vivências da primeira infância determinam e podem comprometer o desenvolvimento do ser humano por toda sua vida. Além disso, outro motivo que reforçou a necessidade de atuação dentro dessa temática foi o fato dessa faixa etária da população brasileira ocupar pouco espaço nas pautas públicas, exigindo maior esforço para a implantação de políticas públicas.

Concepção do programa: o programa da FMCSV estabelece parcerias com prefeituras e ONGs com a finalidade de proporcionar atendimento de qualidade às gestantes e às crianças até os três anos de idade, nos âmbitos dos serviços de saúde, educação infantil e desenvolvimento social em municípios ou localidades pré-selecionados. Adicionalmente, busca mobilizar, educar e instrumentalizar as comunidades locais para dar prioridade à primeira infância, estimulando e desenvolvendo a governança local para a proposição de políticas públicas integradas, as quais possibilitem uma prática sustentável e de qualidade em termos de desenvolvimento infantil.

Para a definição das bases teóricas constituiu-se um comitê de inteligência, o qual tinha por missão desenvolver o marco conceitual de fundamentação do futuro Programa Primeira Infância da FMCSV.

Esse Comitê atuou na identificação das necessidades biopsicossociais primordiais de gestantes, crianças de até três anos e suas famílias, buscando quais as práticas sociais com potencial para impactar positivamente as políticas públicas e programas de promoção do desenvolvimento infantil. Tais práticas foram organizadas e divididas em oito conjuntos temáticos, que originaram os módulos de capacitação denominados Intervenções Chave.

Essas intervenções propostas nortearam as ações do Programa e garantiram que ele fosse concebido com diferenciais importantes para a temática. Entre esses diferenciais tem-se o foco na promoção integral e integrada do estímulo, do cuidado e do vínculo desde a gravidez, durante o parto, nos cuidados de puerpério e com prosseguimento na puericultura e na educação infantil, o incentivo à criação de grupos de reflexão sobre o papel materno e paterno no cuidado infantil, bem como a importância da rede social de apoio à família na viabilização desse cuidado e a superação da abordagem na avaliação individual de crianças com possíveis problemas ou

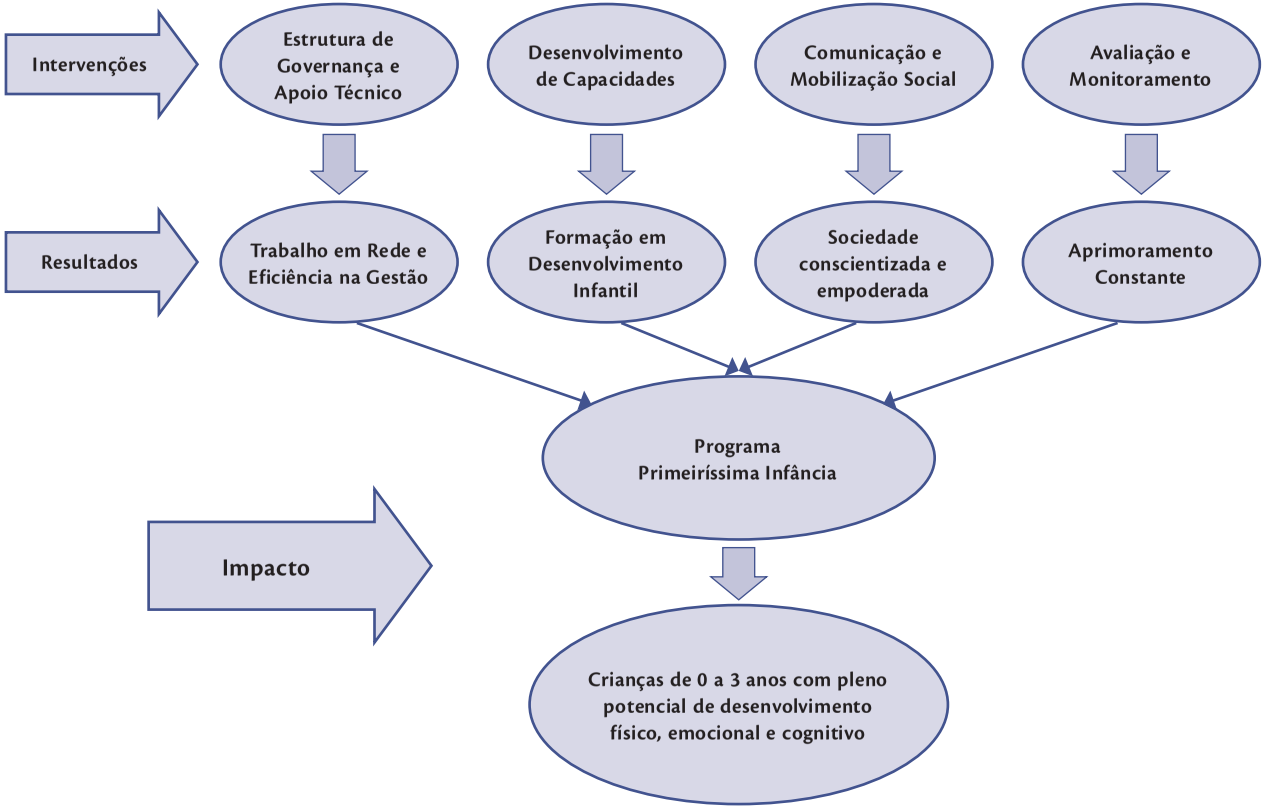
vulnerabilidades, para investir em ações universais em todas as oportunidades de contato com as famílias grávidas e com crianças menores de três anos.

Estruturados e delineados com base nesses diferenciais, o PPI foi implantado nos municípios. Complementarmente, valorizou-se a necessidade de buscar articulações dentro de cada município, justamente por estar constitucionalmente incumbido de assegurar os direitos da Primeira Infância, no que se refere à implantação de políticas públicas. Assim, a FMCSV passou a buscar alternativas para preencher as lacunas de interseção entre os setores de saúde, educação e assistência social, buscando uma atuação conjunta em cada município.

Reforçando a ideia de articular os setores envolvidos com o desenvolvimento infantil, o Programa buscou oferecer uma formação que incorpora novas atitudes, capazes de expandir o diálogo e qualificar as práticas tanto dos profissionais quanto dos familiares envolvidos no cuidado, na atenção e na promoção de saúde da criança e da gestante. No entanto, a proposta de formação do Programa percorreu um caminho que ultrapassou a transferência de conhecimentos, disponibilizando estratégias de apoio com a finalidade de fazer com que os profissionais da rede de atendimento se adaptassem aos conteúdos oferecidos e conseguissem torná-los aplicáveis às suas rotinas.

O programa também se preocupou em mobilizar a comunidade por meio de ações que valorizassem a importância da primeira infância. Profissionais da mídia local participaram das oficinas, materiais de comunicação foram produzidos e muitos eventos de sensibilização pela causa foram produzidos. A Semana do Bebê foi introduzida e passou a ser um evento anual nos municípios.

O esquema gráfico sobre sua estrutura, resultados e impactos esperados com a sua implantação resume os propósitos do Programa:


Intervenções
Estrutura de Governança e Apoio Técnico
Desenvolvimento de Capacidades
Comunicação e Mobilização Social
Avaliação e Monitoramento
Resultados
Trabalho em Rede e Eficiência na Gestão
Formação em Desenvolvimento Infantil
Sociedade conscientizada e empoderada
Aprimoramento Constante
Programa Primeiríssima Infância
Impacto
Crianças de 0 a 3 anos com pleno potencial de desenvolvimento físico, emocional e cognitivo

A fase inicial de implantação deu-se em parceria com seis cidades do Estado de São Paulo (Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga).

Nessas cidades o programa cumpriu quatro grandes objetivos:

- Estimular e desenvolver governança local para construir políticas públicas integradas, que priorizem a promoção do desenvolvimento infantil garantindo a institucionalização de uma prática sustentável e de qualidade.
- Qualificar o atendimento das gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços de Saúde, Educação Infantil e Desenvolvimento Social.
- Mobilizar e sensibilizar as comunidades locais para a importância da atenção à Primeira Infância.
- Avaliar, sistematizar e disseminar o conhecimento gerado durante a experiência para a aplicação, em escala, por outros municípios.

A partir da implantação e dos resultados colhidos pelo Programa, e com a adesão de outros municípios nos anos seguintes, a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) se interessou em levar o programa para um número maior de cidades paulistas. Foi assim que surgiu o São Paulo pela Primeiríssima Infância, uma parceria entre a SES-SP e a FMCSV para ampliar o alcance do Programa, agregando novos componentes.

Essa evolução se deve muito ao sucesso do Primeiríssima Infância em Itupeva. As mudanças significativas nos processos de trabalho e nos serviços de atendimento à gestante e à criança pequena naquela cidade foram compartilhadas nas reuniões do Colegiado de Gestão Regional (CGR) de Saúde de Jundiaí, do qual Itupeva faz parte. Dessa

troca de experiências surgiu a ideia de disseminar o Programa para os outros oito municípios do CGR: Cabreúva, Campo Limpo Paulista, Jarinu, Jundiaí, Itatiba, Louveira, Morungaba e Várzea Paulista.

Em 2012, com o aumento da demanda, o Programa passou a contar com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e foi redesenhado para atender mais quatro CGRs, totalizando 41 municípios.

Como o programa opera:

Os projetos locais possuem uma governança local, a qual subdivide as responsabilidades entre:

1) **Comitê Municipal:** é formado por autoridades políticas (secretários municipais, prioritariamente de Saúde, Educação, Assistência e Promoção Social) e representantes da sociedade civil (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, universidades, associações comunitárias, Pastoral da Criança e representante da ONG que formaliza o convênio com a FMCSV). A ele são atribuídas funções como a de definir as linhas estratégicas da parceria e do projeto, aprovar o plano de ação e seu orçamento e articular com outras lideranças para angariar recursos para viabilização e sustentabilidade do projeto.
2) **Articulador local:** selecionado pelo Comitê Municipal, com disponibilidade mínima de 20 horas semanais para coordenar o desenvolvimento do projeto no âmbito do município.

Custos: informação não disponibilizada.

Supervisão e avaliação: o modelo de avaliação utilizado busca evidências que orientam as tomadas de decisão no processo de

implantação, bem como estruturam o conhecimento gerado a partir das experiências locais. Antes do início das atividades do Programa, foi realizado um estudo de linha de base, denominado Marco Zero, sobre a situação da atenção às gestantes e crianças pequenas nos municípios/região. Esse estudo teve o objetivo de diagnosticar a realidade local e orientar o processo para implantação do Programa. Durante a implantação foi realizada ainda uma análise de resultados parciais, a fim de balizar os processos e rumos do Programa e ao final de quatro anos, foi realizada avaliação dos avanços no período. Foi estabelecido pela FMCSV, que o instrumento utilizado para avaliar aspectos do desenvolvimento infantil no final da primeira infância seria o Early Development Instrument (EDI), um instrumento desenvolvido no Canadá, pelo Offord Centre for Child Studies, ligado à Universidade McMaster, de Ontário. Essa ferramenta mede a maturidade e o grau de prontidão das crianças em cinco domínios críticos para o ingresso na vida escolar.

Desafios:

- Delimitação da abrangência do tema, que permite diversas abordagens e formas de atuação.
- Verificou-se a pouca adesão de médicos ginecologistas nas formações padrão (20 horas de capacitação e 30 horas de supervisão). Dada a dificuldade encontrada no agendamento das capacitações, alguns municípios implantaram modelos de formação mais enxutos e ***in loco***. Esses modelos foram considerados mais adequados.
- Os governos locais apresentam dinâmicas particulares que afetam o ritmo de implantação.

Boas práticas:

1. Intersetorialidade é a peça chave para os bons resultados do programa. O desenvolvimento integral da criança é uma temática multidimensional e por isso exige uma resposta intersetorial.
2. Entender e cuidar da primeira infância holisticamente. A educação e os cuidados dos primeiros anos são pensados em todas suas dimensões: saúde, nutrição, higiene, desenvolvimento cognitivo, social e emocional.
3. Reorganização das agendas das Unidades Básicas de Saúde para concentrar o atendimento das gestantes em um só dia da semana, pois isso permite um melhor acolhimento à gestante e à criação de grupos.
4. Ampliação da integração entre os médicos e os profissionais que atuam na pré-consulta (enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas e outros).
5. Incentivo à participação dos pais ou acompanhantes no pré-natal e grupos.
6. A abrangência do público das capacitações possibilitou a sensibilização e a mudança de atitude dos profissionais de todos os níveis dos serviços em alguns municípios. Representantes dos serviços mais básicos (faxineiros e recepcionistas) demonstraram maior compreensão sobre o estado gestacional e sobre o tipo de atenção que as grávidas necessitam. Essas mudanças foram também manifestadas pelos profissionais que fazem o atendimento direto (agentes de saúde, enfermeiras e médicos).
7. Gestantes e seus acompanhantes fazem visita à maternidade para conhecer os profissionais, a estrutura e os procedimentos do parto e pós-parto para que elas e seus acompanhantes conheçam os profissionais da equipe de parto, as instalações, as regras e tirem eventuais dúvidas quanto às etapas do parto.

8. Algumas maternidades adotaram o procedimento de aproximação do bebê com a mãe logo após o parto. Em alguns casos, além deste importante primeiro contato do bebê com a mãe, o recém-nascido é estimulado a mamar.
9. O apoio ao aleitamento nos primeiros dias após o parto foi intensificado. As mães são visitadas nos primeiros dias após o parto e saem da maternidade com o exame do pezinho agendado. Nesta oportunidade são reforçadas as orientações sobre a amamentação.
10. Pediatras, enfermeiros e agentes de saúde relatam estar mais atentos a questões relacionadas ao estabelecimento de vínculo mãe-filho. As consultas e visitas desses profissionais passaram a incorporar indagações sobre aspectos emocionais e da rede de suporte das gestantes como forma de ampliar a atenção às questões vinculares entre os pais durante a gestação e após o parto.
11. Estabelecimento de parceria com universidades locais. Em alguns municípios a universidade está bastante envolvida com o projeto. Uma universidade criou uma turma de 30 alunos de diversas áreas (pedagogia, enfermagem, psicologia, serviço social e jornalismo) para participar de todas as reedições das intervenções do projeto. Os professores e alunos universitários estão desempenhando um papel importante na reedição para os profissionais dos serviços e na disseminação das ideias dos conteúdos junto a estudantes de diferentes cursos. Os alunos estão participando em projetos com enfoque em DPI em algumas UBS e creches municipais, como parte de estágio obrigatório de sua formação. A temática da promoção do desenvolvimento infantil está servindo de base para a elaboração de monografias de conclusão de curso pelos alunos.
12. Criação de espaços lúdicos nas salas de espera das UBS e nas Unidades com Programa Saúde da Família.

13. A sensibilização das lideranças locais deve ser uma prioridade, pois os secretários municipais que se comprometeram com a proposta da gestão integrada nas ações pela primeira infância criaram um ambiente favorável para inovações e mudanças nos serviços.
14. Nos municípios em que as ONGs parceiras se integraram no projeto por meio da participação em capacitações e na formação de redes, observa-se maior capacidade de sustentação do projeto no médio e longo prazos.
15. A proximidade entre as equipes da FMCSV e dos municípios para monitorar os acertos e as dificuldades na implantação dos projetos propiciou a criação de uma relação de confiança, que, em muito, contribui para a resolução de problemas.
16. A constituição dos comitês favoreceu a implantação do projeto, tanto na formalização do convênio, quanto no processo de execução e monitoramento do projeto. A equipe da FMCSV estimulou a sua efetivação nas visitas de monitoramento e oficinas de apoio técnico, instrumentalizando para uma ação articulada entre ambos, respeitando os papéis complementares.
17. O engajamento de lideranças na governança do projeto é fundamental. Os municípios que adotaram uma rotina de reuniões do Comitê contaram com uma boa frequência dos seus representantes, conseguiram avanços maiores e melhores.
18. As capacitações e supervisões constituíram um processo de desenvolvimento de capacidades e habilidades capazes de modificar as práticas.
19. A supervisão em serviço mostrou-se muito produtiva. A ótica do *Coaching* ao invés da cobrança foi muito bem recebida e bastante produtiva para o apoio na implantação de inovações.
20. O modelo de avaliação foi um diferencial importante para o êxito do trabalho. A avaliação caminhou com o projeto, moni-

torando e documentando as principais reações das equipes, nos processos e nas práticas. Contou com um grupo de profissionais experientes que produziu material sintético e de fácil entendimento pelos integrantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: DA GESTAÇÃO AOS TRÊS ANOS. 2011. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Fundamentos-do-desenvolvimento-infantil.aspx>. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

PROGRAMA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO À CRIANÇA PEQUENA. 2013. Disponível em: http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/S%C3%ADntese-Implementa%C3%A7%C3%A3o-Programa-Primeir%C3%ADssima-Inf%C3%A2ncia.aspx. Acesso em: 29 de setembro de 2014.

PROGRAMA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA: EIXOS DE ATUAÇÃO. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/programa-primeirissima-infancia/Paginas/Programa-Primeir%C3%ADssima-Inf%C3%A2ncia-Eixos-de-Atua%C3%A7%C3%A3o-.aspx>. Acesso em: 31 de outubro de 2013.

PROGRAMA PRIMEIRÍSSIMA INFÂNCIA — ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO À CRIANÇA PEQUENA. 2013. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/S%C3%ADntese Implementa%C3%A7%C3%A3o-Programa-Primeir%C3%ADssima-Inf%C3%A2ncia.aspx>. Acesso em: 04 de novembro de 2013.

FUNDAÇÃO
LUCIA & PELERSON PENIDO

6. PROGRAMA VIM — VALORIZANDO UMA INFÂNCIA MELHOR

Ano de início: 2010
Localização: quatro municípios do Vale do Paraíba, em São Paulo: Aparecida, Lagoinha, Potim e Roseira.
Agente responsável: Fundação Lucia e Pelerson Penido (FLUPP)

Número de atendidos: de 2010 a 2013 o projeto cumpriu dois ciclos de seu piloto em quatro municípios. Até então, os números do projeto representam o aprimoramento profissional de 446 professores e gestores da Educação Infantil e, com isso, o programa atingiu diretamente 2.675 alunos de zero a cinco anos.

Origem e histórico da iniciativa: a FLUPP nasceu como uma homenagem a Lucia e Pelerson Penido, pessoas que em vida tiveram como preocupação o bem estar e o desenvolvimento do próximo. Criada em 2011, adotou como objetivo o de colaborar na construção de uma sociedade mais justa, definindo sua atuação em prol do desenvolvimento humano integral, por meio de condução de projetos que fomentem, potencializem e aperfeiçoem as propostas municipais. Escolher o Vale do Paraíba para iniciar as atividades da FLUPP é um gesto de amor e gratidão à região onde a família educou os seus filhos, criando laços de amizade e desenvolvendo seus negócios.

A escolha da Educação como objeto primordial vem do legado recebido e da nossa crença no seu poder transformador. A Fundação decidiu explorar, como seu primeiro foco de atuação, a Educação Infantil, crianças de zero a cinco anos em municípios selecionados do Vale do Paraíba. Para tanto, foram adotadas as seguintes importantes premissas para sua atuação:

- Implantar progressivamente programas para contemplar as diferentes necessidades que podem ser atendidas em sinergia com possíveis parceiros já atuantes em suas áreas.
- Adotar o desenvolvimento sustentável da sociedade como foco estratégico de atuação.
- Adotar como um programa piloto — o Programa VIM.
- Adotar como metodologia de trabalho da Fundação a necessidade de apoio técnico às entidades a serem beneficiadas com recursos da Fundação para que tenham êxito no uso desses recursos.

É consenso que os melhores programas de educação infantil são abrangentes e focam na criança como um todo. Envolvem as famílias e a comunidade e combinam diferentes métodos para estimular, desenvolver, e promover a educação. Um bom programa de educação infantil deveria sempre possuir três características básicas:

- Intervém precocemente.
- Intervém sempre.
- Intervém eficazmente.

Concepção do programa: o Programa foi concebido e é operado pela FLUPP, com apoio técnico do IDIS — Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social e Pedagógico da Escola de Edu-

cadores. A Secretaria Municipal de Educação é parceira por meio da assinatura de um termo de convênio em que o município apresenta suas contrapartidas e providencia a estrutura legal de funcionamento das atividades.

A FLUPP almeja, com o Programa VIM, criar bases para a valorização da infância no Vale do Paraíba e valorizar a infância implica em melhorar a influência direta das escolas, das famílias e da estrutura municipal no desenvolvimento infantil. Para isto, a estratégia de longo prazo escolhida foi criar uma ativa rede de interessados em Educação Infantil na região que possa alavancar ações na estrutura física, nas competências administrativa e técnica dos recursos humanos, na participação da família e na interação entre as municipalidades para aprendizagem recíprocas.

São objetivos específicos do Programa VIM:

- Apoiar a adequação de infraestrutura local, por meio do investimento em um equipamento público definido localmente a partir de diagnóstico situacional participativo.
- Apoiar diretamente projetos comunitários elaborados e implantados localmente, com investimento da FLUPP e contrapartidas locais.
- Apoiar a gestão dos projetos comunitários, oferecendo oficinas de gestão e elaboração de projetos, bem como realizando visitas técnicas periódicas aos municípios. Esses projetos integram em suas ações, propostas e participantes da Secretaria de Educação, Saúde e de Promoção Social e atuam geralmente na integração dos pais com seus filhos e com a instituição escolar, atendimento a gestantes, formação de monitores e cuidadores, aquisição de mobiliário e equipamentos que visam aprimorar o atendimento público e eventos para a comunidade, com foco principal nas crianças e suas famílias.

- Promover formação continuada de professores e gestores da educação infantil e apoiar a implantação de novas práticas pedagógicas.
- Estabelecer uma Diretriz Municipal de Educação Infantil (PMEI) com orientação pedagógica especializada e tendo caráter participativo no processo de construção.

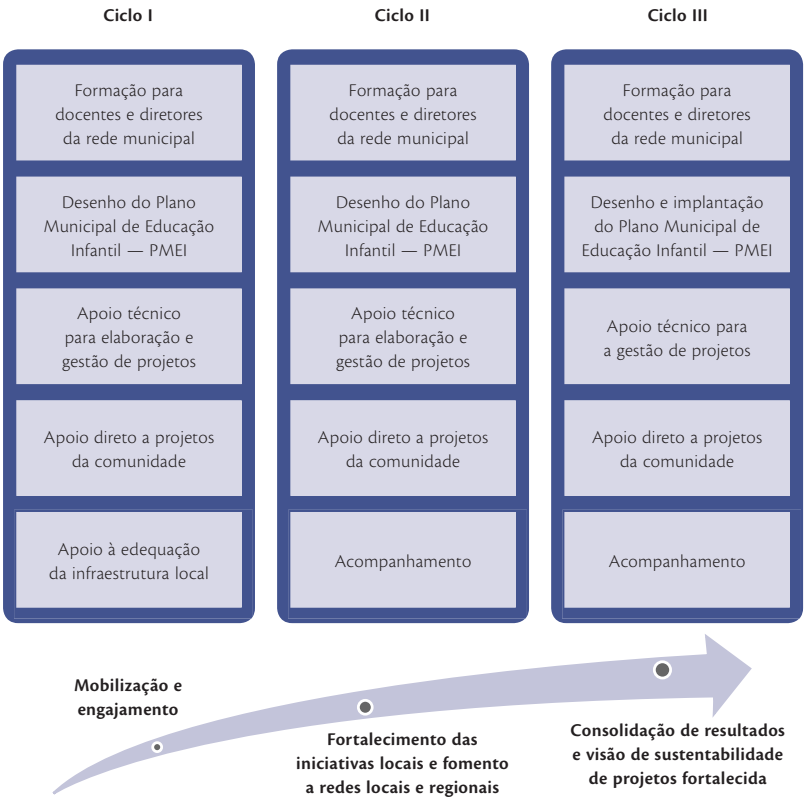
Atores locais são envolvidos e compõem uma das seguintes instâncias criadas pelo Programa:

- **CE — Comitê Estratégico:** grupo formado para discutir e orientar estrategicamente o andamento do Projeto e é composto por, no mínimo, três membros, necessariamente pelo gestor da Secretaria/Departamento de Educação, pelo representante da organização executora e por um representante da comunidade local.
- **GGL — Grupo Gestor Local:** grupo responsável pelo Programa no município, cujos membros podem fazer parte do CE. Tem como papel operacionalizar as ações propostas no projeto comunitário, ou seja, realiza as atividades, elabora relatórios, controla as despesas locais, presta contas, realiza compras e supervisiona as atividades de implantação do projeto comunitário. É formado por lideranças comunitárias e membros das organizações parceiras e da organização executora, além de pessoas diretamente interessadas na implantação e sucesso do Programa VIM no Município.
- **Organização executora:** instituição que recebe o dinheiro doado para o projeto comunitário (donatária) e se responsabiliza pelo seu fluxo. Em cada município esta instituição é diferente, conforme a realidade local.

O apoio ao desenvolvimento de modelos comunitários de atenção às crianças de zero a cinco anos é o eixo que busca gerar e

acumular aprendizados sobre a aplicação prática de conhecimentos disponíveis ou em desenvolvimento, no sentido de impactar a gestão e a qualidade dos serviços oferecidos para crianças nesta faixa etária.

Como o programa opera: o gráfico abaixo representa o ciclo de ações do Programa VIM para o período 2010-2014:



O quadro a seguir resume a estrutura do Programa, composto por cinco diferentes projetos para cada um dos ciclos:

	Parceiro FLUPP	Atividades do primeiro ciclo	Atividades do segundo ciclo	Atividades do terceiro ciclo
Formação de professores e gestores	Escola de Educadores	Realização de 9 encontros de formação por município Apoio e monitoramento da implantação de práticas nas escolas Realização de um seminário anual	Realização de 9 encontros de formação por município Apoio e monitoramento da implantação de práticas nas escolas Realização de um seminário anual	Realização de 9 encontros de formação por município Apoio e monitoramento da implantação de práticas nas escolas Realização de um seminário anual
Elaboração e implantação de uma Diretriz Municipal para a Educação Infantil	Escola de Educadores	Promoção de encontros com um grupo local composto de professores, coordenadores e gestores locais Apoio à sistematização de propostas para a Educação Infantil local	Promoção de encontros com um grupo local composto de professores, coordenadores e gestores locais Apoio à sistematização de propostas para a Educação Infantil local	Promoção de encontros com um grupo local composto de professores, coordenadores e gestores locais Apoio à sistematização de propostas para a Educação Infantil local Apoio à aprovação local da Diretriz Municipal para a Educação Infantil
Apoio local à infraestrutura municipal	Marcap	Planejamento e construção de um ativo público local definido pela comunidade (escolas, creches...)	Monitoramento	Monitoramento, se ainda necessário
Financiamento de um projeto comunitário local por ciclo	IDIS	Apoio ao GGL para desenho das propostas locais e apresentação de um projeto por município Monitoramento	Apoio ao GGL para desenho das propostas locais e apresentação de um projeto por município Monitoramento	Apoio ao GGL para desenho das propostas locais e apresentação de um projeto por município Monitoramento
Apoio à gestão local de projeto	IDIS	Realização de diagnóstico situacional Definição de Marco Zero Definição das instâncias locais do projeto (Comitês e Grupo Gestor Local) Realização de duas oficinas de Gestão de Projetos e uma de Elaboração de Projetos	Realização de duas oficinas de Gestão de Projetos e uma de Elaboração de Projetos Início do trabalho de formação de rede local por uma Infância Melhor	Realização de duas oficinas de Gestão de Projetos e uma de Elaboração de Projetos Fortalecimento de formação de rede local Por uma Infância Melhor

Custos:

Formação de professores e gestores	R$ 1.541.987,51
Elaboração e implantação de uma Diretriz Municipal para a Educação Infantil	R$ 169.182,07
Apoio local à infraestrutura municipal	R$ 1.846.156,86
Financiamento de um projeto comunitário local por ciclo	R$ 889.742,20
Apoio à gestão local de projeto	R$ 684.535,00

Desafios:

São desafios comuns à educação infantil no Brasil, e com impacto direto no desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos, as recentes mudanças na legislação brasileira, conforme figura abaixo:

A recente construção política para a Educação transforma o cuidado público com as crianças de zero a cinco anos. O que era um apoio assistencialista de creche, considerado mais como direito da legislação trabalhista, está se tornando uma proposta pedagógica integrada com o olhar para o desenvolvimento das crianças.

No entanto, caminhos recentes como a municipalização, a reformulação dos anos de abrangência do Ensino Fundamental, recentes propostas de definição curricular dos cursos de pedagogia e de definições ainda em andamento sobre a carreira docente para a educação infantil, dentre outros, criam um cenário de adaptação e construção. Soma-se a isso que os profissionais dos municípios que atualmente lecionam foram formados anteriormente a muitas dessas mudanças e também que a maioria dos pais desconhecem muitas delas.

Outro desafio que se deve pontuar, para o cenário nacional é a falta de uma integração nos municípios das propostas de saúde, educação e promoção social.

Para o Vale do Paraíba, faz-se presente ainda o principal desafio apontado pelo IBGE em 2010. A discrepância entre as estatísticas dos municípios da região mostram gritante divergência entre riqueza e pobreza em municípios próximos.

Para o Programa VIM alguns desafios vêm se mostrando constantes e os principais estão abaixo pontuados:

- Manter a mobilização e o engajamento local frente aos desafios que a educação infantil por si só representa no cenário nacional.
- Romper a resistência de docentes locais a mudanças de práticas pedagógicas reforçadas antes do Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil, de 1998.

- Engajar os pais nos processos participativos propostos pelos projetos comunitários desenvolvidos pelos GGLS.
- Propor ações de caráter inovador sem infraestrutura pública local para atendê-las.
- Levar conhecimento sobre práticas de gestão que não são comuns à gestão pública municipal.
- Cenários políticos locais como fator determinante dos participantes dos projetos, devido a alianças ou divergências.

Boas práticas:

1. Parceria entre iniciativa privada, gestão pública municipal e sociedade civil organizada para solução de problemas locais, com enfoque na primeira infância.
2. Fortalecimento e integração de atores e instâncias locais que têm como foco o desenvolvimento infantil. Intersetorialidade na visão dos problemas locais.
3. Envolvimento da comunidade para integrar a rede de discussão e fortalecer, assim, o debate para o desenvolvimento infantil.
4. Envolvimento da Família. O próprio Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil aponta que: "as características da faixa etária das crianças atendidas, bem como as necessidades atuais de construção de uma sociedade mais democrática e pluralista, apontam para a importância de uma atenção especial com a relação entre as instituições e as famílias" (p. 75).
5. Formação e suporte à implantação das propostas pedagógicas e de projetos comunitários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANCO MUNDIAL. Brasil Desenvolvimento da Primeira Infância: Foco sobre o Impacto das Pré-Escolas, 2002.

BECKER, F. R. Educação infantil no Brasil: a perspectiva do acesso e do financiamento. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) — Fundação Getúlio Vargas (EBAPE/FGV), Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.rieoei.org/rie47a07.htm>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

BENNET, J. *Saídas para Educação infantil estão dentro do país*. Palestra do Seminário Internacional de Educação infantil. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/educacao-infantil/educacao-infantil-no-brasil/saidas-educacao-infantil-estao-dentro-pais-422797.shtml>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2013.

BRASIL. *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. *Lei nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996.

Entrevistas telefônicas realizadas em 03 e 04 de novembro de 2009, com membros das Secretarias de Educação dos Municípios de Aparecida, Guaratinguetá, Lagoinha, Potim e Roseira.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS — IBGE. Cartograma das cidades. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS — IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.htm>. Acesso em 05 de fevereiro de 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS DE DESENVOLVIMENTO (PNUD). 2007/2008. Relatório de Desenvolvimento Humano Brasil. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh/>. Acesso em 03 de outubro de 2013.

QUADRO COMPARATIVO DA EDUCAÇÃO NO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://www2.tce.sp.gov.br/fiscalizacao/ensino>. Acesso em 5 de fevereiro de 2013.

SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA. 2008. Caderno Brasil, Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF).

TOLEDO, F. S. *Regionalização e Desenvolvimento Sustentável*. Disponível em: <http://www.valedoparaiba.com/terragente/estudos/est0012000.html>. Acesso em: 3 de outubro de 2013.

'PRIMEIRA INFÂNCIA – panorama, análise e prática' nasceu da experiência do Idis (Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social) na criação de mecanismos para a promoção de uma Primeira Infância saudável para as crianças das comunidades ribeirinhas da Amazônia. Tudo começou com uma proposta da Fundação Bernard van Leer, uma organização holandesa que, em 2010, decidiu apoiar iniciativas especificamente voltadas para esse grupo de crianças, um dos mais negligenciados do mundo.

Panorama - O desafio era um quebra-cabeças envolvendo o conhecimento científico sobre Primeira Infância, as condições próprias da região, as práticas que já funcionavam no Brasil e as inovações que surgiam ao redor do mundo. Para encaixar esses elementos a equipe do Idis debruçou-se sobre o tema. Certificou-se de levar em consideração os mais modernos achados das ciências, tanto biológicas quanto humanas. Fez um levantamento dos projetos mais bem sucedidos no Brasil e em outros países, cujos exemplos pudessem ser replicados na Amazônia. E desse modo, construiu o panorama.

Análise - A seguir, observou a realidade brasileira da Primeira Infância, e os projetos existentes, aplicando uma Análise PEST (Política, Econômica, Social e Tecnológica), cujo nome indica a pluralidade de elementos intervenientes nessa abordagem. Assim foi feita a análise.

Prática - De posse das informações, o Idis, a Secretaria da Saúde do Amazonas e a Fundação Amazonas Sustentável construíram o projeto 'Primeira Infância Ribeirinha (PIR)', que leva conhecimento a pais, familiares e cuidadores das crianças por meio dos Agentes Comunitários de Saúde que já atuavam na região, conheciam as aldeias e vilas, e eram por elas reconhecidos. O PIR entrou em operação em janeiro de 2013, com o intuito de ser um projeto piloto, que após passar pela avaliação de seus processos, resultados e impactos, possa ser expandido para todo o estado do Amazonas por meio de uma política pública.

Ao longo desse trabalho, tanto conhecimento foi acumulado, que o Idis julgou útil compartilhá-lo com outros atores sociais que enfrentam desafios parecidos. Esperamos que essa semente plantada às margens dos milhares de rios da Amazônia floresça no coração das autoridades públicas, dos profissionais, das famílias e, sobretudo das crianças, para que se desenvolvam melhor e possam tornar-se seres humanos mais felizes e integrados em seu mundo.

IDIS
Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social

Bernard van Leer FOUNDATION