

# Sumário

<b>Editorial</b> .....	3
<b>A primeira infância e a atuação do CONASS</b> Alessandra Schneider, Jurandi Frutuoso, Rita Cataneli .....	6
<b>Programa Primeiríssima Infância: a experiência da atuação integrada entre as pastas de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social</b> Gabriela Aratangy Pluciennik .....	14
<b>Implantação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância no Município de Itatiba</b> Débora Rocha Diniz .....	23
<b>Promoção do desenvolvimento infantil, um olhar do projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidades</b> Danielle Freitas Alvim de Castro, Lívia Keismanas de Ávila, Anna Maria Chiesa, Lislaine Aparecida Fracoli.....	30
<b>Cuidados familiares para promoção da saúde infantil e resiliência: proposta de articulação de elementos teóricos para o cuidado</b> Anna Maria Chiesa, Leticia de Freitas Oliveira, Bianca Gansauskas de Andrade, Francineide Pereira da Silva Pena, José Luis da Cunha Pena.....	37
<b>A experiência do Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul</b> Cândida Kirst Bergmann, Carolina de Vasconcelos Drügg, Gisele Mariuse da Silva, Kênia Margareth da Rosa Fontoura, Lacy Maria Pires, Leila Maria de Almeida, Sandra Silveira Nique da Silva .....	49
<b>O Primeira Infância Melhor como modelo de acolhimento na atenção básica em saúde</b> Giuliana Chiapin, Rochelli Colossi.....	59
<b>Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros</b> Liliane Penello .....	67
<b>Vigilância do desenvolvimento da criança</b> Amira Consuêlo de Melo Figueiras .....	77

<b>Amamentação: da prevenção da mortalidade infantil à promoção do desenvolvimento integral da criança</b>	
Sonia Isoyama Venancio.....	84
<b>Nutrição e desenvolvimento infantil</b>	
Silvia Regina Dias Médici Saldiva .....	90
<b>Determinantes da prematuridade</b>	
Cléa Rodrigues Leone.....	98
<b>Percepção da equipe de enfermagem sobre a realização da posição canguru em uma unidade de terapia intensiva neonatal</b>	
Ronina Aparecida Barbosa, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo .....	105
<b>A Estratégia “Casa Da Gestante” Interfere Nas Condições Clínicas Dos Recém-Nascidos Pré-Termo?</b>	
Camila Avelar Gonçalves, Fernanda de Oliveira Gontijo, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.....	111
<b>Avaliação de Tecnologias de Saúde: Informes Científicos</b> .....	120
<b>Belimumabe para o tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico – uma avaliação da tecnologia</b>	
Dennys Ricardo Malouf, Carlos Henrique Botelho, Mabel Fernandes Figueiró, Tereza Setsuko Toma .....	121
<b>Denosumabe para tratamento de osteoporose pós-menopausa</b>	
Clarice Lopes Araújo, Larissa Munari Paulino, Mabel Fernandes Figueiró, Sonia Isoyama Venancio .....	127

## Editorial

Muitos são os avanços no tocante à saúde das crianças brasileiras. Nosso coeficiente de mortalidade infantil e a prevalência de desnutrição foram substancialmente reduzidos em resposta à ampliação do acesso ao saneamento básico, serviços de saúde e expansão da prática da amamentação. Porém, verifica-se que políticas e ações intersetoriais em prol do desenvolvimento infantil ainda são incipientes em nosso meio.

O período intrauterino e os primeiros anos de vida da criança são essenciais para seu desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural. Avanços nas neurociências mostram que durante a gestação e os primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros mil dias) ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro e é nessa etapa que os circuitos neurais são formados e fortalecidos por meio do estímulo e das relações de vínculo. A saúde física e emocional, as habilidades sociais e as capacidades cognitivo-linguísticas que emergem nos primeiros anos de vida são pré-requisitos importantes para o sucesso na escola e, mais tarde, no ambiente de trabalho e comunidade. Além disso, evidências apontam que o investimento na Primeira Infância é a melhor maneira de reduzir as desigualdades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis.

Assim como em outros países que conseguiram avançar na redução da mortalidade infantil, é crescente no Brasil o interesse pelos aspectos

relacionados ao desenvolvimento saudável e pleno das crianças. No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) formulou a estratégia “São Paulo pela Primeiríssima Infância”, que iniciou sua implantação em 41 municípios paulistas e deverá ser expandida nos próximos anos. Em 2014 o Instituto de Saúde firmou um termo de cooperação técnica com a FMCSV para, por meio de seu programa de aperfeiçoamento profissional *CurSUS*, oferecer uma capacitação para municípios interessados em desenvolver projetos voltados à Primeira Infância.

O propósito desse número do Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é apresentar reflexões e experiências voltadas à atenção à Primeira Infância como estratégia para promover o desenvolvimento humano e reduzir desigualdades. Os autores dos artigos são profissionais de saúde, pesquisadores e gestores que de alguma forma têm contribuído para o fortalecimento dessa agenda em nosso País.

Espera-se, dessa forma, que a leitura desse número do BIS possa apontar caminhos para o alcance do desenvolvimento pleno de nossas crianças, futuros cidadãos.

Este número do BIS também traz uma novidade em sua organização editorial. O Conselho Editorial do Instituto de Saúde, responsável pela política editorial da instituição, acredita que o BIS pode contribuir na disseminação das pesquisas relacionadas à Avaliação de Tecnologias de

Saúde (ATS), área fundamental para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Dessa forma, foi criada a seção *Avaliação de Tecnologias de Saúde: Informes científicos*, que pretende difundir os diversos pareceres técnico-científicos ou outros informes desenvolvidos na área, assim como ensaios e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS. A nova seção será publicada ao final de cada número do BIS e conterá inicialmente dois informes. As orientações para a submissão de textos, diferentes das normas de submissão de artigos, estão disponíveis na última página deste número.

Boa leitura!

**Gabriela Sintra Rios**

**Silvia Regina Dias Médici Saldiva**

**Sônia I. Venâncio**

**Márcio Derbli**



## Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
David Everson Uip

## Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

## Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Editor  
Márcio Derbli

Editores científicos  
Gabriela Sintra Rios  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva  
Sônia I. Venâncio

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca  
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa  
BillColors - Conveniência Gráfica

Ilustrações  
BillColors - Conveniência Gráfica

Revisão  
BillColors - Conveniência Gráfica

Tradução  
BillColors - Conveniência Gráfica

Editoração e impressão  
BillColors - Conveniência Gráfica

---

## Conselho editorial

**Alberto Pellegrini Filho** – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Alexandre Kalache** – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

**Áurea Eleutério Pascalicchio** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Benedito Medrado** – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil

**Camila Garcia Tosetti Pejão** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Carlos Tato Cortizo** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Carmen Campos Arias Paulenas** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Ernesto Báscolo** – Instituto de la Salud Juan Lazarte – Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

**Fernando Szklo** – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Francisco de Assis Accurcio** – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

**Ingo Sarlet** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

**José da Rocha Carvalho** – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Katia Cibelle Machado Pirota** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Lenise Mondini** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Luiza S. Heimann** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Márcio Derbli** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Marco Meneguzzo** – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

**Maria de Lima Salum e Morais** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Marina Ruiz de Matos** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Maria Lúcia Magalhães Bosi** – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

**Nelson Rodrigues dos Santos** – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

**Raul Borges Guimarães** – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

**Samuel Antenor** – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil

**Sílvia Regina Dias Médici Saldiva** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Sônia I. Venâncio** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

**Tereza Setsuko Toma** – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

# A primeira infância e a atuação do CONASS

## Early childhood and the performance of the CONASS

Alessandra Schneider<sup>i</sup>

Jurandi Frutuoso<sup>ii</sup>

Rita Cataneli<sup>iii</sup>

### Resumo

As evidências científicas comprovam que os alicerces fundamentais para a saúde, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida são estabelecidos na primeira infância. A Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde afirma que uma abordagem integral voltada ao desenvolvimento infantil na primeira infância é estratégia fundamental para promover a equidade na saúde. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mobilizado por essas evidências e diretrizes globais, tem fomentado iniciativas de promoção da saúde a partir dos cuidados com a primeira infância. Em 2008, estabeleceu uma parceria estratégica com o Centre of Excellence for Early Childhood Development (Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância) da Universidade de Montreal, Canadá. Fruto dessa aliança, produtos têm sido disseminados no Brasil e no exterior, dentre os quais se destacam: a versão em português da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância; o relatório "Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância"; o filme "As origens da agressão". Promover uma aproximação e colaboração entre as pesquisas, as políticas e os serviços é essencial para qualificar a assistência prestada à população. Intervir precocemente, sistematicamente e com eficácia é fundamental para o alcance da equidade na saúde.

**Palavras-chave:** desenvolvimento infantil, determinantes sociais de saúde, promoção da saúde

### Abstract

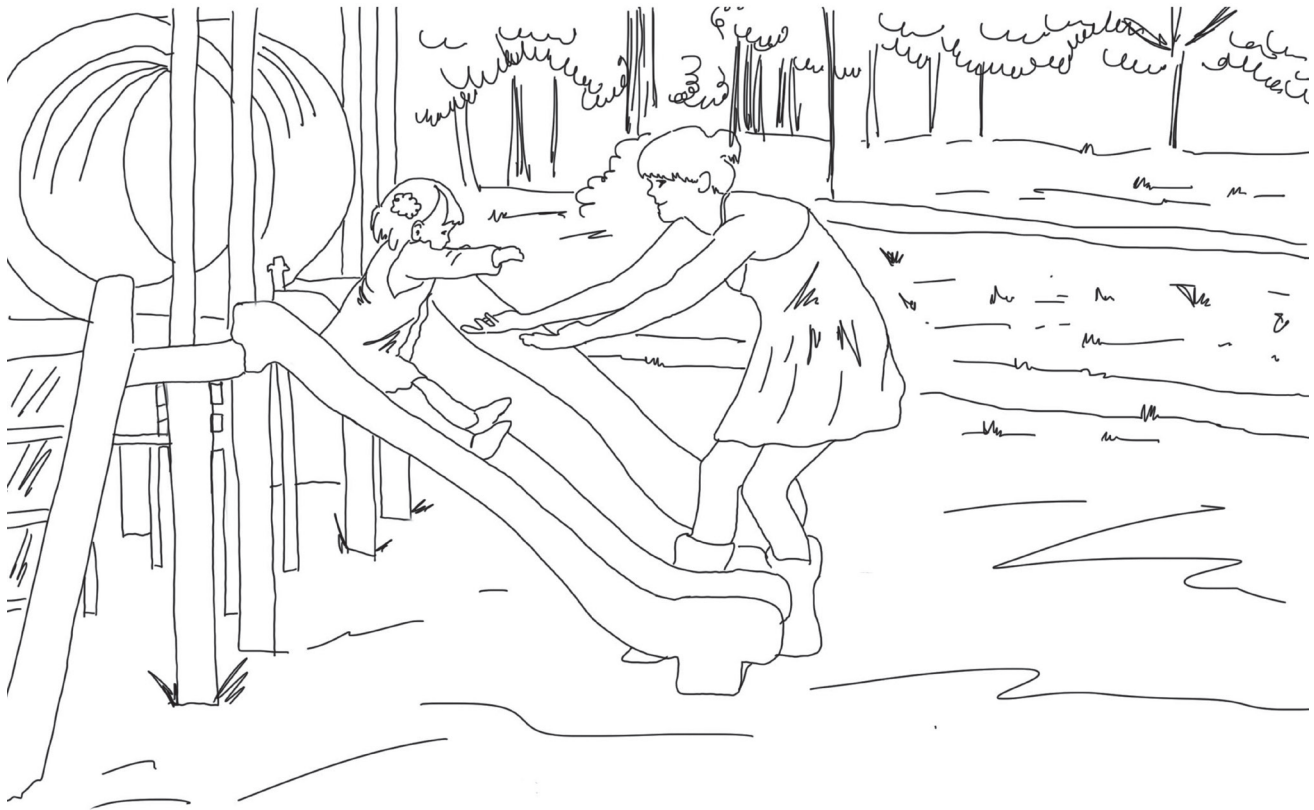
Scientific evidences prove that the key pillars for health, learning and behavior throughout life are established in early childhood. The Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization states that a comprehensive approach focused on child development in early childhood is a fundamental strategy to promote health equity. The National Council of State Health Secretaries (CONASS), mobilized by these global evidences and guidelines, has fostered health promotion initiatives from early childhood care. In 2008, it established a strategic partnership with the Centre of Excellence for Early Childhood Development, of the University of Montreal, Canada. As a result of this alliance, products have been disseminated in Brazil and abroad, among which can be mentioned: the Portuguese version of the Encyclopedia on Early Childhood Development; the report "Preventing violence through learning in early childhood"; the film "The origins of the aggression." The promotion of an approach and collaboration between research, policies and services is essential to qualify the assistance provided to the population. Intervene early, consistently and effectively is fundamental to the achievement of health equity.

**Keywords:** child development, social determinants of health, health promotion

<sup>i</sup> Alessandra Schneider (alessandra.schneider@conass.org.br) é psicóloga, doutoranda do Programa de Desenvolvimento Humano e Primeira Infância da Universidade de Toronto, Canadá, e assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

<sup>ii</sup> Jurandi Frutuoso (jurandi.frutuoso@conass.org.br) é médico, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília e Secretário-Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

<sup>iii</sup> Rita Cataneli (rita.cataneli@conass.org.br) é enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, mestre em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra, Espanha e coordenadora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.



## Introdução

O reconhecimento de que o período desde a concepção até os 8 anos de vida é o mais significativo para o desenvolvimento humano está avançando entre gestores, profissionais, acadêmicos e famílias. Um número crescente de estudos tem demonstrado que este estágio – marcado pela complexa inter-relação entre genes e ambiente – estabelece os alicerces para as habilidades e competências físicas, cognitivas, socioemocionais e linguísticas bem como define os padrões de interação humana<sup>2,3,22,23,33</sup>. Esses primeiros anos de vida compreendem um período no qual as experiências sociais e os ambientes “ficam sob a pele” – conforme a expressão em inglês *get under the skin*, utilizada por Hertzman e Boyce<sup>17</sup> –, e influenciam fortemente as vias neurobiológicas que afetam a saúde, a aprendizagem e o compor-

tamento ao longo da vida<sup>22</sup>. Ademais, as neurociências têm demonstrado que as interações sociais nos primeiros anos de vida são essenciais, tanto quanto a nutrição e os cuidados físicos, para o adequado desenvolvimento cerebral<sup>5,25,33</sup>.

Durante os primeiros anos, as crianças se transformam de recém-nascidos dependentes e desamparados em seres que caminham, conversam e resolvem problemas ativamente. Essa mudança drástica ocorre a partir da complexa inter-relação entre a bagagem genética e os estímulos ambientais, a natureza e a criação<sup>25,33</sup>. As experiências iniciais – desde a concepção, o nascimento e ao longo da primeira infância – moldam a arquitetura cerebral e os sistemas biológicos para a vida. Portanto, a qualidade do ambiente e das relações humanas da criança com seus pais, irmãos, cuidadores e a comunidade em geral, tem um impacto significativo e duradouro no desenvolvimento infan-

til<sup>18,21</sup>. Além disso, diversos estudos demonstram a existência de um gradiente social que impacta nos níveis de saúde e doença das populações<sup>14,6,20</sup>. Ou seja, quanto mais baixa a condição socioeconômica de uma pessoa, família ou grupamento social, pior a sua saúde.

O propósito deste artigo é contextualizar a importância da atenção à primeira infância como estratégia para promover o desenvolvimento humano, tanto em nível individual quanto coletivo, assim como a equidade na saúde. Apresentar sinteticamente as iniciativas mais destacadas que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem realizado para fortalecer a agenda das secretarias estaduais de Saúde (SES) com relação ao tema do desenvolvimento infantil também é um dos objetivos do presente estudo. Reflexões finais são tecidas sobre a necessidade de integração das descobertas científicas para o desenvolvimento de políticas, práticas e serviços inovadores baseados em evidências.

### **Primeira infância**

Já na gestação, o ambiente que circunda o feto (que inclui nutrição, poluentes, drogas, infecções e as condições de saúde, bem-estar e nível de estresse da mãe) influencia a forma como os genes se expressam e como a arquitetura e o funcionamento do cérebro são definidos<sup>17</sup>. Os genes interagem com o ambiente e, em resposta às reações internas e externas do corpo, diferenciam-se várias estruturas e funções. Fatores estressores, tais como maus-tratos e desnutrição, podem ativar marcadores epigenéticos que afetam a expressão dos genes (“ligando” ou “desligando”), impactando no desenvolvimento infantil e no que é transmitido para a próxima geração<sup>22</sup>. Epigenética é um termo que se refere às influências dos fatores ambientais (tais como alimentação, exercício, cuidados mater-

nos, dentre outros) sobre a expressão gênica, modificando a forma como os genes são expressos, sem alterar a estrutura do gene. Assim, as experiências de vida são um elemento crítico, sobretudo nos primeiros anos.

Muito do que sabemos a respeito do impacto das experiências iniciais sobre a arquitetura cerebral provém de estudos com animais ou seres humanos em situação de privação. Pesquisas com roedores demonstram que filhotes pobremente estimulados ao nascimento, isto é, mães não os lambem ou acariciam adequadamente, têm respostas anormais ao estresse na idade adulta, assim como uma probabilidade aumentada para a dependência química<sup>24</sup>.

Ambientes impessoais (que não oferecem um cuidador responsivo e amoroso) têm um impacto altamente negativo para a mente e o cérebro do bebê como demonstra o estudo *Bucharest Early Intervention Project* (Projeto Bucareste de Intervenção Inicial)<sup>26,27</sup>. Esse projeto foi desenhado para investigar os efeitos neurológicos e comportamentais decorrentes da institucionalização e da criação em orfanato público na Romênia. A partir de meados de 1960 até 1989, mais de 170 mil crianças romenas viveram nessas instituições, consequência de uma série de políticas públicas inadequadas estabelecidas pelo então ditador Nicolae Ceaușescu. Os resultados desse estudo confirmaram a premissa de que as experiências iniciais exercem uma influência particular na formação do cérebro em desenvolvimento, especialmente durante os primeiros dois anos de vida (período sensível). As crianças que passaram os primeiros 24 meses de vida no orfanato apresentaram menor coeficiente de inteligência e atividade cerebral atenuada comparadas a crianças em cuidado substituto ou que nunca haviam sido institucionalizadas. Entretanto, a recuperação da vivência de privação ocorre o quanto antes a criança começa a experimentar um ambiente de vida mais favorável<sup>26</sup>. Esse estudo re-

presenta uma valiosa colaboração entre pesquisa, política e prática.

O pesquisador Stephen J. Suomi estuda competência social e desenvolvimento emocional em comunidades de macacos rhesus, incluindo relações de apego e o impacto dos cuidados maternos nos níveis de estresse, agressão e suas consequências para a prole. Um dos achados mais significativos é o que ele denomina de *maternal buffering* (tamponamento materno). Indivíduos que possuem genes que os colocam em risco para problemas fisiológicos e comportamentais em ambientes pouco estimulantes ou empobrecidos, quando esses mesmos macacos crescem na companhia de boas mães (*super moms* = supermães), eles apresentam um comportamento perfeitamente normal e, em alguns casos, um desenvolvimento superior aos macacos que não têm traços genéticos predisponentes a riscos<sup>32</sup>. Assim, o tamponamento materno é uma das forças impulsionadoras primárias das interações gene-ambiente que Suomi foi capaz de observar e documentar. Numerosos estudos com humanos confirmam que interações positivas entre mãe-pai e filho produzem melhores resultados em termos de desenvolvimento infantil<sup>11,14,35</sup>. Interações parentais afetivas e sensíveis, assim como estimulação cognitiva, têm uma influência positiva sobre a criança em desenvolvimento<sup>4,16,19,30,35</sup>.

A revista *The Lancet* publicou duas séries de artigos sobre Desenvolvimento Infantil (2007 e 2011), e estimou que mais de duzentos milhões de crianças menores de 5 anos em países de baixa e média renda não atingem seu potencial de desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais, biológicos e psicossociais<sup>13</sup>. Desnutrição, deficiência de iodo, anemia ferropriva e estimulação cognitiva inadequada foram os fatores de risco mais significativos<sup>37</sup>. Depressão materna pós-parto e exposição à violência aparecem como riscos potenciais com base em evidências epide-

miológicas<sup>37</sup>. Em 2007, um comitê internacional de especialistas enfatizou a necessidade urgente de programas de desenvolvimento infantil de qualidade para prevenir a perda do potencial de desenvolvimento. Segundo o comitê, os programas mais efetivos são aqueles que

*oferecem experiências diretas de aprendizagem a crianças e famílias, focalizam as crianças mais jovens e em desvantagem, têm maior duração, alta qualidade e intensidade, e integram os serviços de nutrição aos programas de apoio às famílias e ao sistema educacional.*<sup>10</sup>

Diversas pesquisas têm demonstrado que programas de estimulação inicial, intensivos e bem estruturados, produzem resultados positivos especialmente para crianças vulneráveis. Os Projetos *Abecedarian*, *High/Scope Perry Preschool*<sup>31</sup>, o Programa *Nurse-Family Partnership*<sup>28,29</sup> e os estudos de visitação domiciliar conduzidos na Jamaica<sup>14,36,12</sup> são, provavelmente, os exemplos mais representativos. Baker-Henningham e Lopez-Boo<sup>1</sup> revisaram as intervenções de promoção do desenvolvimento infantil em países de baixa renda e identificaram programas com impactos positivos no desenvolvimento cognitivo, socioemocional e nutricional, assim como no desempenho escolar.

Estudos recentes têm confirmado o impacto de intervenções de qualidade<sup>38</sup> durante a gestação e os primeiros anos de vida, para a saúde física e mental, comportamento social<sup>34</sup> e potencial de aprendizagem<sup>23</sup> das crianças. Isso inclui também a capacidade de regular a agressividade. Em larga medida, as condições de saúde e de desenvolvimento infantil dependem, contudo, do contexto sociocultural e da capacidade de as famílias proporcionarem um ambiente seguro e estimulante para seus filhos<sup>9</sup>. Por isso, é tão importante desenhar programas e políticas que promovam as condições de vida e fortaleçam as competências familiares.

Dentre as estratégias de promoção da equida-



de em saúde propostas pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), instituída pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, está a de promoção da equidade desde o início da vida. Isso implica a oferta de um conjunto amplo de políticas, programas e serviços para a promoção do desenvolvimento na primeira infância. A Comissão sugere tomar como ponto de partida os programas de sobrevivência infantil, e agregar a essas intervenções componentes de promoção do desenvolvimento socioemocional, cognitivo e da linguagem. O Relatório *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*<sup>6</sup> é conclusivo em demonstrar que o desenvolvimento na primeira infância tem uma influência decisiva sobre a saúde e as oportunidades de vida subsequentes, tanto em termos de desenvolvimento de habilidades, quanto de educação e empregabilidade.

A CDSS tem como missão reunir evidências sobre o que pode ser feito para promover a equidade em saúde e desencadear um movimento global para o seu alcance. Propõe uma nova abordagem para o desenvolvimento, afirmando que a saúde e a equidade em saúde talvez não sejam o objetivo de todas as políticas sociais, mas deveriam ser seu principal resultado. O relatório publicado pela OMS, em 2008, demonstra a existência de um gradiente social que impacta nos níveis de saúde e doença das populações. O Relatório *Marmot*<sup>20</sup> também confirma a associação entre iniquidades socioeconômicas e a condição de saúde/doença de uma população, de modo que a parcela mais abastada da população geralmente apresenta melhores indicadores de saúde enquanto os mais pobres têm os piores indicadores.

A Academia Britânica de Humanidades e Ciências Sociais reuniu, em 2014, um grupo de renomados especialistas para elaborar uma proposta de temas e intervenções visando à redução das iniquidades em saúde. Dentre as nove proposi-

tas que compõem a publicação *If you could do one thing...* "Nine local actions to reduce health inequalities" uma aborda as intervenções na primeira infância<sup>14</sup>. O professor da Universidade de Londres, Edward Melhuish, discorre sobre a importância da melhoria de oportunidades e das condições de vida na primeira infância e seu impacto na redução das iniquidades em saúde. Ele defende a oferta universal de serviços de qualidade de saúde, educação infantil e programas de apoio às famílias.

Ciente dessas resoluções e descobertas científicas sobre a importância da primeira infância, o CONASS começou a atuar de forma mais sistemática na área a partir de 2007. Entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que congrega os secretários da Saúde dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, o CONASS foi criado em 1982 e tem sede em Brasília, Distrito Federal. Sua missão é promover a articulação e a representação política da gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando apoio técnico às secretarias estaduais da Saúde (SES), coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas.

Atento à crescente onda de violência e seu significativo impacto no setor saúde, o CONASS liderou uma importante mobilização nacional por meio da iniciativa intitulada "Violência: uma epidemia silenciosa", que incluiu a violência como um problema de saúde pública na agenda de prioridades deste Conselho e das SES. Entre 2007 e 2008, foram realizados cinco seminários macrorregionais e um seminário nacional sobre prevenção e enfrentamento das diversas formas de violência<sup>7,8</sup>. Desde então, o CONASS tem dedicado especial atenção a iniciativas de prevenção à violência a partir dos cuidados com a primeira infância. Conhecer a evolução natural dos comportamentos agressivos e os fatores de

risco permitem esclarecer os pais, os profissionais e a sociedade em geral quanto aos meios que podem ser adotados para favorecer interações sociais construtivas, desde o berço.

Em 2008, o CONASS estabeleceu uma aliança estratégica com o *Centre of Excellence for Early Childhood Development* (Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância – CEDPI) sediado na Universidade de Montreal, no Canadá. Fruto dessa parceria, foram lançados no Brasil três importantes produtos elaborados pelo CEDPI: o relatório “Prevenir a violência pelo aprendizado na primeira infância”<sup>34</sup>, o filme documentário “As origens da agressão”, e a *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*.

Com o intuito de contribuir para a informação e a orientação das famílias, bem como para a formação de profissionais e gestores da área social que desenham e implementam políticas e programas destinados à primeira infância, foi desenvolvida no Canadá, a *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. O CONASS, em parceria com o CEDPI, assumiu a responsabilidade pela elaboração da versão em português da Enciclopédia *on-line*, visando a tornar acessível o conjunto de informações sobre o desenvolvimento de crianças pequenas aos leitores lusófonos. Em abril de 2010, a Enciclopédia foi lançada em Brasília, com o primeiro tema “Agressividade-Agressão”. Posteriormente, o CONASS convidou a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) para somar esforços para a coedição das dezenas de temas que compõem a Enciclopédia. A FMCSV é uma fundação familiar, cujo objetivo é provocar mudanças de comportamento que promovam a melhoria da atenção dada às crianças, propiciando seu desenvolvimento integral e o desenvolvimento da sociedade como um todo.

Disponível na internet, a Enciclopédia é de acesso livre e aberto. Contém as constatações

mais recentes coletadas pela pesquisa científica, em três níveis de linguagem, de acordo com as necessidades do leitor: artigos de especialistas, sínteses sobre os temas e folhetos informativos. Seu conteúdo abrange uma ampla variedade de temas que estão agrupados em seis categorias: comportamento; educação e aprendizagem; saúde e nutrição; gestação; família; e serviços e políticas. Cada tema é apresentado sob três perspectivas: desenvolvimento, serviços e políticas, abordando três questões: Qual é sua importância? O que sabemos? O que pode ser feito?

Há, ainda, uma distância significativa entre o que sabemos sobre o acelerado desenvolvimento infantil e o que é oferecido em termos de serviços a essa população. Nesse sentido, a Enciclopédia traz uma grande contribuição à formulação de políticas públicas baseadas em evidências. Também é um recurso muito valioso para a formação inicial e continuada de profissionais que trabalham com a primeira infância. Além disso, serve como referência para a consulta e orientação de mães e pais – principais educadores e modelos de identificação dos seus filhos no início da vida.

### **Considerações finais**

Em 2013 e 2014, o CONASS viabilizou a participação de um total de dez gestores estaduais de saúde, representando as diversas regiões do país, no Programa de Liderança Executiva em Desenvolvimento da Primeira Infância. Esse curso internacional é promovido pelo Núcleo Ciência Pela Infância (NCPI) e conta com uma primeira etapa de estudos e imersão realizada no *Center on the Developing Child* (Centro da Criança em Desenvolvimento) da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos. O Programa objetiva engajar formuladores de políticas públicas, gestores públicos e representantes da sociedade civil em um diálogo a respeito

da ciência do desenvolvimento na primeira infância e sobre quão efetivos podem ser os gestores públicos na aplicação dessa ciência para a resolução de um dos mais complexos problemas sociais brasileiros. Fruto de um profícuo diálogo entre líderes, especialistas e acadêmicos, esse curso tem qualificado os processos de formulação, implantação, implementação e avaliação de programas e políticas destinados a famílias com gestantes e crianças pequenas no Brasil.

A mensagem principal é que intervir precocemente, sistematicamente e com eficácia é fundamental para potencializar o desenvolvimento humano e social. Ademais, oportunizar a cada criança o melhor começo de vida possível contribui para o alcance da equidade na saúde, com benefícios para os indivíduos e a sociedade como um todo. Frente as evidências apresentadas, é oportuna a atuação do CONASS nesta área, possibilitando o acesso dos gestores de saúde a informações atualizadas que possam respaldá-los na formulação e implementação de serviços, programas e políticas de qualidade para o desenvolvimento na primeira infância.

#### Referências

1. Baker-Henningham H, López-Boo F. Early childhood stimulation interventions in developing countries: A comprehensive literature review, discussion paper series. Forschungs institute zur Zukunft der Arbeit. 2010; 5282.
2. Boivin M, Hertzman C, editores. Early childhood development: adverse experiences and developmental health. Royal Society of Canada – Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel (with Ronald Barr, Thomas Boyce, Alison Fleming, Harriet MacMillan, Candice Odgers, Marla Sokolowski, Nico Trocmé). Ottawa, ON: Royal Society of Canada; 2012.
3. Bowlby J. Attachment and Loss. Attachment. New York: Basic Books; 1969. v.1.
4. Brotman LM, Calzada E, Huang KY, Kingston S, Dawson-McClure S, Kamboukos D et al. Promoting effective parenting practices and preventing child behavior problems in school among ethnically diverse families from underserved, urban communities. Child Development. 2011; 82:258-276.
5. Center on the Developing Child. Harvard University. The Foundations of health are built in early childhood. Cambridge; 2010.
6. Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. Final report: closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. Seminários regionais. Brasília (DF); 2008. ( CONASS Documento nº 16)
8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. Seminário nacional, propostas, estratégias e parcerias por área de atuação. Brasília (DF); 2009. (CONASS Documento, 17)
9. Council on Community Pediatrics. The role of preschool home-visiting programs in improving children's developmental and health outcomes. Pediatrics. 2009; 123:598-603.
10. Engle PL, Black MM, Behrman JR. For the International Child Development Steering Group (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. Lancet. 2007;



369:229-242.

11. Gardner JM, Walker SP, Powell CA, Grantham-McGregor S. A randomized controlled trial of a home-visiting intervention on cognition and behavior in term low birth weight infants. *J Pediatr*. 2003;143:634-639.
12. Gertler P, Heckman J, Pinto R, Zanolini A, Vermeersch C, Walker S et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*. 2014; 344:998-1001.
13. Grantham-McGregor SM, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007; 369:60-70.
14. Grantham-McGregor SM, Powell CA, Walker SP, Himes JH. Nutritional supplementation, psychosocial stimulation, and mental development of stunted children: the jamaican study. *Lancet*. 1991; 338:1-5.
15. Hagar, H. "If you could do one thing..." Nine local actions to reduce health inequalities. London: British Academy for the Humanities and Social Sciences; 2014.
16. Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Baltimore: Brookes; 1995.
17. Hertzman C, Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*. 2010; 31:329-47.
18. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report for the World Health Organization's Commission on social determinants of health. Vancouver: University of British Columbia; 2007.
19. Knoche LL, Sheridan SM, Clarke BL, Edwards CP, Marvin CA, Cline KD et al. Getting ready: results of a randomized trial of a relationship-focused intervention on the parent – infant relationship in rural Early Head Start. *Infant Mental Health Journal*. 2012; 33(5):439-458.
20. Marmot M. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: The Marmot Review; 2010.
21. Maselko J, Kubzansky L, Lipsitt L, Buka SL. Mother's affection at 8 months predicts emotional distress in adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2011; 65(7):621-625.
22. McCain MN, Mustard JF, McCuaig K. Early years study 3: making decisions, taking action. Toronto, ON: Margaret & Wallace McCain Family Foundation; 2011.
23. McCain MN, Mustard FJ, Shanker S. Early years study 2: putting science into action. Toronto, ON: Council for Early Child Development; 2007.
24. Meaney M, Szyf M. Maternal care as a model for experience-dependent chromatin plasticity? *Trends in Neurosciences*. 2005; 28(9):456-463.
25. National Scientific Council on the Developing Child. The timing and quality of early experiences combine to shape brain architecture. Cambridge: center of the Developing Child; 2007. (Working paper,5)
26. Nelson CA, Fox NA, Zeanah Jr. CH. Anguish of the abandoned child. *Scientific American*. 2013;308(4): 62-67.
27. Nelson CA, Furtado EA, Fox NA, Zeanah Jr CH. The deprived human brain: developmental deficits among institutionalized Romanian children and later improvements – strengthen the case for individualized care. *American Scientist*. 2009; 97:222-229.
28. Olds D. Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*. 2002; 3:153-172.
29. Olds D. The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*. 2006; 27(1):5-25.
30. Paulsell D, Avellar S, Sama Martin E, Del Grosso P. Home visiting evidence of effectiveness review: executive summary. Office of planning, research and evaluation, administration for children and families. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2010. p.1-14.
31. Schweinhart LJ, Montie J, Xiang Z; Barnett, WS, Belfield CR, Nores M. The high/scope Perry Preschool study through age 40: summary, conclusions, and frequently asked questions. Ypsilanti, MI: High/Scope; 2004.
32. Science of Early Child Development. Virtual Encyclopedia. Brain Development. Nurturing, 2.2. Red River College. North American Edition; 2014.
33. Shonkoff JP, Phillips DA. From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development. Washington (DC): National Academy; 2000.
34. Tremblay RE, Gervais J, Petitclerc A. Prévenir la violence par l'apprentissage à la petite enfance. Montréal: Centre d'Excellence pour le Développement des Jeunes Enfants; 2008.
35. Valenzuela M. Maternal sensitivity in a developing society: the context of urban poverty and infant chronic undernutrition. *Developmental Psychology*. 1997; 33:845-855.
36. Walker SP, Chan SM, Powel CA, Grantham-McGregor SM. Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognitive and education in growth-stunted Jamaican children: prospective cohort study. *The Lancet*. 2005; 366:1804-1807.
37. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman H, Pollitt E et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*. 2007; 369:145-157.
38. Watson J, Tully L. Prevention and early intervention update – trends in recent research. Ashfield: NSW Department of Community Services; 2008.

# Programa Primeiríssima Infância: a experiência da atuação integrada entre as pastas de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social

**Very Early Childhood Program: the experience of integrated performance between the Health, Education and Social Development offices**

Gabriela Aratangy Pluciennik<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo tem como proposta apresentar a experiência da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal com a implantação do Programa Primeiríssima Infância em 12 municípios do Estado de São Paulo, os desafios encontrados, as estratégias utilizadas e os resultados obtidos. Criado com o objetivo de conceber um conjunto de estratégias para aprimorar as práticas de atendimento e cuidado à criança pequena e à gestante, por meio da disseminação de conhecimento sobre o desenvolvimento da Primeira Infância, período de vida que vai da gestação aos 6 anos, e do estímulo à mobilização comunitária e apoio à gestão e liderança. Iniciado em 2009, o Programa teve como foco a formação e o incentivo à atuação conjunta dos profissionais da saúde, educação e assistência social, propiciando uma visão integral e integrada da criança como sujeito de direitos, especialmente ao desenvolvimento pleno e saudável. Exitoso em seus objetivos, em 2013 o Programa ganhou escala e se tornou referência para outros municípios, tornando-se política de estado do governo do Estado de São Paulo. No ano seguinte, recebeu o Prêmio ALAS-BID, na categoria Best Innovation Award. Promovido pela Fundación América Latina en Acción Solidaria (ALAS) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Prêmio reconhece inovações e excelência em programas sociais que beneficiam crianças na América Latina e Caribe.

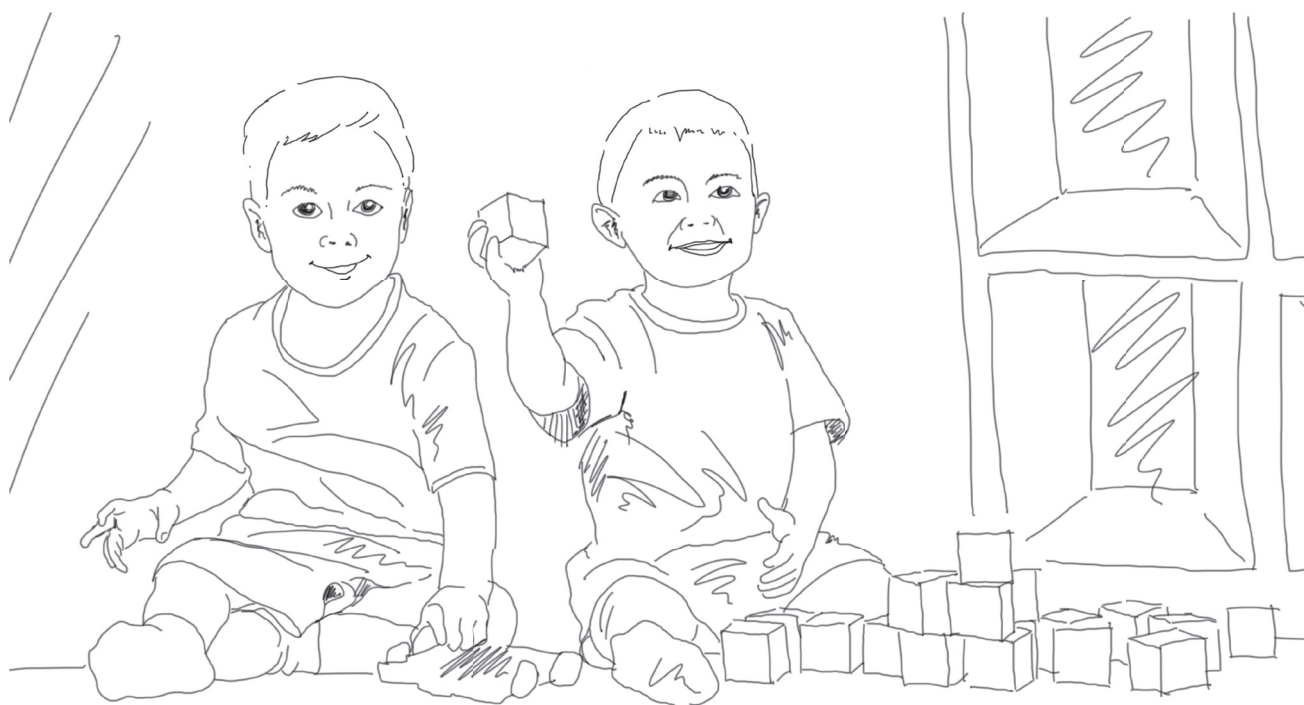
**Palavras-chave:** Primeira Infância; Políticas Públicas; Desenvolvimento Infantil.

## Abstract

This article aims to present the experience of the Foundation Maria Cecilia Souto Vidigal with the implementation of the Very Early Childhood Program in 12 municipalities of São Paulo, the challenges encountered, the strategies used and the results obtained. Created with the goal of designing a set of strategies to improve care practices and care for young children and pregnant women, through the dissemination of knowledge on the development of early childhood, life period from pregnancy to six years, encouraging the community mobilization and management support and leadership. Started in 2009, the program focused on training and encouragement for the joint performance of health, education and social assistance professionals, providing a comprehensive and integrated view of the child as a subject of rights, especially for the full and healthy development. Successful in its objectives, in 2013 the program gained scale and has become a reference for other municipalities, making it the state policy of the State Government of SP. The following year, it received the ALAS-BID Award in the category Best Innovation Award. Sponsored by the Fundación Latin America en Acción Solidaria (ALAS) and the Inter-American Development Bank (IDB), the Award recognizes innovation and excellence in social programs that benefit children in Latin America and the Caribbean.

**Keywords:** Early Childhood, Public Policies, Child Development.

<sup>1</sup> Gabriela Aratangy Pluciennik (gabriela@fmcsv.org.br) é Bacharel em Direito, tem MBA em Gestão e Empreendedorismo Social (Fundação Instituto de Administração) e é Coordenadora de Programas da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.



## Introdução

**A** Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) foi criada pelo banqueiro Gastão Eduardo de Bueno Vidigal e sua esposa Maria Cecília Souto Vidigal, em 1965, após o falecimento da filha caçula do casal, Maria Cecília, aos 13 anos de idade, vítima de leucemia.

Em 2001, a segunda e a terceira gerações da família do fundador decidiram iniciar um processo de revisão da Missão da FMCSV, com o intuito de adequar seu papel às necessidades atuais da sociedade.

Os resultados dessa revisão foram a escolha da promoção integral do Desenvolvimento da Primeira Infância (período que vai da gestação até os 6 anos de idade) como seu principal foco de atuação, a adoção de uma nova Visão – Desenvolver a criança para desenvolver a sociedade; e uma nova Missão – Gerar e disseminar conhecimento para desenvolvimento integral da criança.

Atualmente, as iniciativas da FMCSV se enquadram em três grandes eixos de atuação: articulação, gestão do conhecimento e práticas.

No eixo de articulação, a FMCSV busca sensibilizar e mobilizar poder público, a iniciativa privada e a sociedade civil para ampliar a abrangência e o impacto das intervenções sociais que realiza e das ações de conscientização dos temas relativos à Primeira Infância.

No campo da gestão do conhecimento, a FMCSV mantém cursos, promove eventos e também produz ampla literatura, com conteúdo próprio ou traduções de publicações estrangeiras.

É no eixo das práticas que está inserido o Programa Primeiríssima Infância, desenvolvido pela FMCSV desde 2009, a FMCSV testa e sistematiza metodologias inovadoras de atuação local nos serviços e programas públicos. O propósito é qualificar as políticas públicas e a atenção às gestantes e crianças pequenas, bem como disseminar o conhecimento gerado com a implantação dos programas.

O artigo tem a intenção de mostrar os desafios e soluções encontrados pela Fundação para implantar o Programa.

### **Porque investir em Primeira Infância**

A primeiríssima infância, período de vida que vai da gestação aos 3 anos, é considerada por especialistas de distintas áreas de conhecimento como uma janela de oportunidades. Isso se deve porque em nenhuma outra fase da vida as respostas aos estímulos de qualquer natureza são tão rápidas e intensas quanto na primeiríssima infância<sup>5</sup>. O que acontece nesta fase tem impacto sobre toda a existência do indivíduo, o que justifica e torna necessário o investimento de recursos humanos e financeiros para garantir a atenção a esta faixa etária por parte de governos e da sociedade. Tudo o que a criança experimenta no mundo externo (vivências e estímulos cognitivos, sensoriais e afetivos compartilhados pela família, cuidadores e membros da comunidade) desempenha um papel em sua constituição como indivíduo.

James Heckman, ganhador do Prêmio Nobel de Economia em 2000<sup>6</sup>, indica que a melhor forma de criar comunidades mais justas, pacíficas e prósperas é fortalecer e qualificar políticas públicas intersetoriais de atendimento às necessidades das crianças pequenas e de suas famílias, voltadas ao desenvolvimento integral, com foco especial no período que vai da gestação aos três primeiros anos de vida.

O estudo Perry Preschool<sup>4</sup> foi uma experiência científica que acompanhou a curto e longo prazo os efeitos de programa de pré-escola de alta qualidade para crianças que vivem em situação de pobreza, a partir de 1962. Eles identificaram uma amostra de 123 crianças em situação de vulnerabilidade e identificadas como de alto risco de

fracasso escolar. Dentre essas foram distribuídas aleatoriamente 58 a um grupo de programas que recebeu uma programa pré-escolar de alta qualidade e 65 em outro grupo que não recebeu nenhum programa pré-escolar. Esses grupos foram acompanhados até a idade adulta e o estudo demonstrou que os investimentos realizados em políticas públicas voltadas para esse período foram as mais eficazes e trouxeram mais retorno. Mesmo vivendo em situação de risco, tiveram mais empregos, maiores salários, menos incidência de violência que aqueles sem acesso ao programa.

Vale ressaltar também que os aportes da neurociência vêm enfatizando o efeito da influência do ambiente (entorno, relações interpessoais e estímulos) na organização da estrutura psíquica do indivíduo, além da determinação genética<sup>1</sup>. Embora o bebê receba hereditariamente de seus pais uma tendência para desenvolver determinados comportamentos, esses passarão a ser modulados pelas experiências vivenciadas nos primeiros cuidados nas relações interpessoais desde os momentos mais precoces da vida. Esse conhecimento já vinha sendo trazido por outras ciências, como a psicologia e a educação, e a neurociência veio ratificar e contribuir com novas evidências científicas.

Nesse sentido, os primeiros anos de vida das crianças são fundamentais para estabelecer os alicerces de suas aquisições futuras. Assim, é possível reconhecer que investimentos realizados para a melhoria das condições de vida nesse período possibilitam a criação de sociedades mais harmônicas e acolhedoras, bem como menos desiguais<sup>7</sup>.

### **Estruturação e modelo de mudança**

Ao propor e implementar o Programa Primeiríssima Infância em diversos municípios do Esta-



do de São Paulo, o objetivo da FMCSV era o de conceber uma estratégia para aprimorar as práticas de atendimento e cuidado à criança pequena e à gestante, por meio da disseminação de conhecimento sobre o Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) junto aos profissionais de unidades de saúde, educação infantil e assistência social, pelo estímulo à mobilização comunitária e apoio à gestão e liderança. Conhecimentos esses que propiciam uma visão integral e integrada da criança como sujeito de direitos, especialmente ao desenvolvimento pleno e saudável.

A FMCSV estabeleceu parcerias com municípios paulistas, escolhidos de acordo com critérios que serão abordados mais adiante, e que demonstraram interesse em ampliar as ações de fortalecimento do desenvolvimento infantil.

Desde a sua concepção, o Programa Primeiríssima Infância foi pensado e estruturado em quatro eixos estratégicos<sup>3</sup>:

**Apoio à governança** – assentada nos princípios da corresponsabilidade e sustentabilidade, o apoio à governança se dá por meio da criação e do fortalecimento de estruturas de gestão inter-setoriais, tanto municipais quanto regionais para garantir também a sustentabilidade do programa.

**Desenvolvimento de capacidades** – a FMCSV entende que as melhorias na atenção à infância têm relação direta com a mudança do olhar sobre o tema. Por isso, são desenvolvidas oficinas de formação, atividades de reedição e oficinas de supervisão, destinadas aos profissionais da rede. Nessas oficinas são abordados temas como: pré-natal e puerpério ampliados; grupos de famílias grávidas e com crianças de até 3 anos; espaços lúdicos; educação infantil de zero a 3 anos; humanização do parto e nascimento; puericultura ampliada.

**Comunicação e mobilização social** – para potencializar as ações e estimular mudanças

práticas, são produzidos materiais de comunicação, campanhas de mídia e nas redes sociais, eventos e seminários, com atividades voltadas às gestantes, crianças pequenas e suas famílias, envolvendo toda a comunidade. Um exemplo é a promoção da Semana do Bebê<sup>2</sup> uma estratégia de mobilização social sistematizada e disseminada pelo Unicef que tem como objetivo tornar o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento de crianças de até 6 anos prioridade na agenda dos municípios brasileiros.

**Avaliação e monitoramento** – antes do início das atividades, o programa realiza uma avaliação da linha de base do município ou região, para definir qual é o cenário atual de atenção às gestantes e crianças pequenas e orientar o processo de implantação, servindo de parâmetro a outras avaliações.

O modelo de avaliação do Programa Primeiríssima Infância segue um ciclo contínuo de levantamento de informações iniciais, de processo, de resultados parciais e de resultados com quatro objetivos: fomentar a inovação; fomentar a aprendizagem de indivíduos e organizações; comunicar os resultados junto aos interessados chave dos projetos e do programa; e sistematizar o processo e os resultados para proposição de modelo de disseminação em escala.

A partir da avaliação inicial os representantes dos municípios elaboram um plano de ação para aprimoramento das práticas e, após cerca de dois anos contados do início do programa, sugere-se a realização da avaliação de resultados.

Para entender como os eixos estratégicos do Programa foram idealizados e convergem para promoção do desenvolvimento infantil, é importante observar o modelo de mudança adotado no Programa Primeiríssima Infância, cujas etapas são detalhadas a seguir:



### Seleção dos municípios participantes

Os primeiros municípios que participaram do programa foram Botucatu, Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo e Votuporanga, seguindo os critérios:

- ✓ Existência de recursos mínimos de atenção da população-alvo nas áreas da saúde, educação e assistência/promoção/desenvolvimento social;
- ✓ Localização no Estado de São Paulo, por razões gerenciais de proximidade à sede da FMCSV;
- ✓ Capacidade para mobilizar atores dos diferentes setores (primeiro, segundo e terceiro) em torno da “causa” do Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI);
- ✓ População não superior a 250 mil habitantes, para maior controle das variáveis;
- ✓ Existência de universidades/faculdades tendo em vista o maior potencial de garantir a continuidade da disseminação dos conteúdos do programa, mesmo após o período de financiamento da FMCSV;
- ✓ Inexistência de fluxo migratório intenso, para poder avaliar o impacto.

### Passos da implantação e ações

Para implantação do Programa, a partir dos quatro eixos estratégicos vistos anteriormente, o primeiro passo foi a criação de Comitê Gestor Municipal, escolhido pelos gestores da cidade – prefeito e secretários de educação, saúde e desenvolvimento social. Na composição deste comitê, é ideal a participação de técnicos e gestores de cada uma dessas áreas de atendimento, sendo desejável a participação dos secretários e de outras pastas governamentais, como as de comunicação, planejamento, esportes, meio ambiente e cultura. Também é recomendável que as ONGs, as universidades locais, os Conselhos Tutelares, os Conselhos de Direitos e demais movimentos participem do Comitê.

É bom ressaltar que dois princípios básicos nortearam as ações do Comitê Gestor Municipal: a corresponsabilidade, compartilhada entre todos os atores envolvidos na proposta de construção do Programa; e a sustentabilidade, por meio do planejamento, monitoramento e estímulo à incorporação das ações do Programa como política municipal.

A segunda etapa consistiu na nomeação de um Articulador Local, feita também pelo Comitê

Gestor municipal. Este foi uma liderança-chave para o sucesso do Programa, além de ter feito a interface entre prefeito, secretários e técnicos da cidade. Ele organizou e participou das reuniões do Comitê, apoia a realização da avaliação, acompanha as oficinas de formação e demais eventos.

A terceira etapa consistiu na realização de uma avaliação que definiu o que chamamos de Linha de Base da Atenção à Primeiríssima Infância no município. A fim de ajudar sua cidade nesta tarefa, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) disponibilizou o guia “Avaliação Participativa da Atenção à Primeiríssima Infância” como um dos componentes da Coleção Primeiríssima Infância. O resultado desta avaliação inicial será comparado ao de uma nova avaliação, a ser realizada, com a mesma metodologia, cerca de dois anos depois.

Depois de realizada a avaliação da Linha de Base, o próximo e quarto passo foi construir um planejamento em que foram definidas as ações que o município poderia desenvolver para dar conta das demandas encontradas e ampliar e fortalecer a rede de atendimento à gestante e à criança pequena na cidade.

O quinto passo foi o lançamento do Programa e, para isso, o investimento na comunicação do Programa foi essencial. É importante contar com um profissional que assuma a missão de desenvolver campanhas, divulgar o programa na imprensa local, produzir e distribuir folhetos, animar as redes sociais e apoiar a realização de eventos, entre outras estratégias.

A sexta etapa consistiu na formação de um time para o trabalho com gestantes, crianças pequenas e suas famílias, sob a perspectiva de uma visão integral e integrada do atendimento e do cuidado para que incorporassem novas atitudes, ampliassem o diálogo e qualificassem suas práticas de atenção e promoção do bem-estar da criança em todas as suas dimensões. As capa-

citações devem ser uma atividade contínua, mas as iniciais foram agrupadas em três formatos: Oficinas de Formação, Plano de Reedição, Planos de Ação, e Supervisão.

O apoio à gestão e à governança foi a sétima etapa da implantação e, para isso, foi importante a realização de Oficinas de Apoio Técnico, pois, assim como os profissionais que atuam diretamente com a criança, os gestores e os membros do Comitê Gestor municipal também precisam de apoio para o exercício de sua liderança.

A etapa seguinte foi a mobilização da comunidade, pois, para melhorar a atenção às crianças, é importante que a comunidade esteja envolvida com os objetivos do Programa e, sobretudo, consciente do valor que os primeiros anos de vida têm para o desenvolvimento do indivíduo.

O nono passo para implementação do programa consistiu na atividade de monitoramento. É o que viabiliza e potencializa a sistematização das ações, a correção de falhas, a qualificação do trabalho e o desenvolvimento de novas iniciativas.

E, por fim, foi preciso garantir a sustentabilidade do programa. Para isso foi preciso prever no planejamento estratégias e subsídios para que o Programa fosse institucionalizado no município. Isso pode acontecer de diversas maneiras, tais como por meio da implantação de protocolos e fluxos de atendimento, edição de decretos, como o que constitui e nomeia os integrantes do Comitê Gestor municipal, ou por uma lei que estabeleça e viabilize, do ponto de vista orçamentário, a realização de ações paradigmáticas do programa, como a Semana do Bebê.

Outro aspecto fundamental para garantir a permanência do Programa é o trabalho em rede. Quanto mais pessoas e organizações estiverem engajadas e atuando integradamente na causa da primeiríssima infância no município, mais crianças e famílias serão positivamente impactadas.

## Resultados

Maior interação com as famílias:

- √ Os pais passaram a ser estimulados a entrarem nas creches com as crianças e a levá-las até o educador, que faz o acolhimento da criança e esclarece eventuais dúvidas dos pais, prática que antes do início do programa não existia. Esta prática tem aumentado o vínculo e a confiança entre pais e educadores.
- √ Em um dos municípios foi implantada a visita domiciliar das educadoras e foi realizado um encontro de pais e crianças em uma das casas visitadas. Esta iniciativa possibilitou maior aproximação entre os pais e os educadores.
- √ Reorganização das agendas das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para concentrar o atendimento das gestantes em um só dia da semana. Esta mudança permite melhor acolhimento à gestante e à criação de grupos.
- √ Identificação de famílias vulneráveis com crianças em creches para estimular a inclusão nos benefícios das redes de atendimento.
- √ Criação de grupos de famílias com crianças de zero a 3 anos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) para, junto com os profissionais, discutir cuidados com as crianças.

## Maior atenção à preparação para o parto e aos primeiros dias de vida do bebê:

- √ 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.
- √ Gestantes e seus acompanhantes fazem visita à maternidade para conhecer os profissionais, a estrutura e os procedimentos para que

saibam onde e como ocorrerá o parto e tirem suas dúvidas.

- √ Algumas maternidades adotaram o procedimento de aproximação do bebê com a mãe logo após o parto, e o apoio ao aleitamento nos primeiros dias após o parto foi intensificado.

## Crianças com mais oportunidades de exercerem autonomia:

- √ As refeições das crianças são servidas no sistema *self-service*. Este sistema estimula a autonomia e a motricidade da criança pela possibilidade da escolha e pelo manuseio da bandeja, pratos e talheres, além de diversificar os alimentos consumidos pela influência das preferências dos colegas.
- √ Troca de berços por tatames para permitir melhor aproveitamento do espaço e promover autonomia e interação entre as crianças pequenas, que passam a não depender dos adultos para realizarem os movimentos (engatinhar, caminhar, interagir com as outras crianças) assim que acordam.

## Mais oportunidades ao exercício da paternidade responsável:

- √ Incentivo à participação dos pais ou acompanhantes no pré-natal e nos grupos de famílias grávidas.

## Trabalho intersetorial, parcerias e mobilização em favor da PI:

- √ Estabelecimento de parceria com universidades locais, permitindo integração entre os projetos de pesquisa e a sociedade.
- √ O curso de enfermagem de universidade local implantou um projeto de acompanha-



mento do desenvolvimento das crianças. Mensalmente, são realizados acompanhamentos de puericultura das crianças das creches com o envolvimento de estudantes de enfermagem e educadoras.

- √ Apoio de empresários e comércio local às ações do Programa.
- √ A Semana do Bebê passou a ser realizada anualmente com sucesso em cinco municípios e quatro deles transformaram a iniciativa em política municipal; criação ou melhoria de brinquedotecas em várias unidades dos serviços; criação de brinquedoteca comunitária.

#### **Ampliação da colaboração entre profissionais de saúde e adoção de novas abordagens:**

- √ Ampliação da integração entre os médicos e os profissionais que atuam na pré-consulta (enfermeiras, psicólogos, fisioterapeutas e outros).
- √ Pediatras, enfermeiros e agentes de saúde relatam estarem mais atentos a questões relacionadas ao estabelecimento de vínculo mãe-filho e estes profissionais passaram a incorporar indagações sobre aspectos emocionais e da rede de suporte das gestantes.
- √ Formação de novos grupos de famílias grávidas e mudanças nos já existentes. Implantação de nova abordagem que conta com a participação de uma equipe multiprofissional.
- √ As reuniões de pais passaram a comportar atividades de integração entre educadoras, pais e crianças.

#### **Criação de espaços lúdicos:**

- √ Criação de espaços lúdicos nas salas de espera das UBS, nas Unidades com Programa Saúde da Família (PSF) e nos CRAS. Em 2013, o Programa ganhou escala e se

tornou referência para outros municípios, tornando-se política de estado do governo do Estado de SP e, atualmente, está sendo expandido para 41 municípios em parceria com a secretaria de Estado da Saúde.

#### **Considerações finais**

A análise do processo de implementação do Programa traz algumas lições e deixa claro a importância e o caráter inovador da proposta de atuação integrada entre áreas de saúde, educação e desenvolvimento social e assegurar a concepção de desenvolvimento integral e integrado que o projeto propõe.

A disseminação em escala do Programa deve incluir elementos de formação, avaliação, constituição de estrutura mínima de governança, comunicação e articulação, mesmo para o caso de disseminação parcial da proposta.

É essencial para garantir o sucesso do projeto, a criação de uma estrutura mínima de governança (grupos de trabalho intersetorial, comitês gestores, etc.) que funcione como espaço de diálogo e construção de ações e políticas integradas.

Além disso, as capacitações com enfoque na problematização e no aprimoramento dos serviços com elementos do DPI são fundamentais para a qualificação e sensibilização dos profissionais que atuam com a primeira infância.

#### Referências

1. Cypel S, organizador. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manual como realizar a semana do bebê em seu município. Brasília (DF); 2010. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_semanadobebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_semanadobebe.pdf).
3. Marino E, Pluciennik GA, organizadores. Histórico e fundamentação teórica do Programa São Paulo pela Primeira-Infância. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, São Paulo, 2011.
4. Schweinhart LJ. The high/scope Perry preschool study through age 40. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/specialsummary\\_rev2011\\_02\\_2.pdf](http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/specialsummary_rev2011_02_2.pdf)
5. Shonkoff JP. Proteger os cérebros, não apenas estimular as mentes. Science. 333. [acesso em 31 mar 2015]. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/Paginas/Proteger-os-C%C3%A9rebros,-N%C3%A3o-Apenas-Estimular-as-Mentes-Jack-P.aspx>
6. The Riksbank's Prize in Economic Sciences: 2000. [acesso em 3 jul. 2015]. Disponível em: <http://www.riksbank.se/en/The-Riksbank/Economics-prize/>
7. Young ME, organizador. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2010.

# Implantação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância no Município de Itatiba

## Implementation of the Program: São Paulo for the Very First Childhood in the Municipality of Itatiba

Débora Rocha Diniz<sup>1</sup>

### Resumo

Todas as crianças têm seus direitos garantidos por lei. Todavia, esses direitos são ameaçados pela realidade que impera em algumas situações cotidianas, como a violência social ou doméstica, que afeta todas as idades, ou a falta de atendimento de qualidade na área de saúde pública em suas fases de vida mais críticas, ou seja, quando a criança está sendo gerada até seus primeiros anos de vida; período que a neurociência tem comprovado ser definitivo para o desenvolvimento pleno de todas as potencialidades do indivíduo. Com o compromisso de oferecer serviços públicos de qualidade, valorizando a família como ator integrante, buscamos parcerias, atualizações e avaliações dos serviços, tornando-o dinâmico, e participativo. Prevenção é uma palavra que diz muito sobre o trabalho apresentado, pois prevenir, em nossa concepção, significa refrear complicações futuras que poderiam ter sido facilmente extinguidas se observadas com atenção no tempo certo. Este trabalho contempla ações programáticas e interdisciplinares que visam atender crianças de forma integral e integrada em todas as fases do seu crescimento e desenvolvimento. Um trabalho coeso que mescla o que já é desenvolvido com o que pode ser melhorado, para que o nosso município possa ser considerado excelência em saúde pública para todas as crianças.

**Palavras-chave:** Primeira Infância, Políticas Públicas, Desenvolvimento Infantil

### Abstract

All children have their rights guaranteed by law. However, these rights are threatened by the reality that prevails in some everyday situations, such as social or domestic violence, which affects all ages, or the lack of quality care in public health in their most critical stages of life, that is, when the child is being generated until the first years of life; period that neuroscience has proved to be definitive for the full development of all the potentialities of the individual. Committed to provide quality public services, valuing family as an integral player, we seek partnerships, updates and reviews of services, making it dynamic and participatory. Prevention is a word that says a lot about the work presented, since preventing, in our point of view, means curbing future complications that could have been easily extinguished if observed carefully at the right time. This work includes programmatic and interdisciplinary actions that aim to meet children in a comprehensive and integrated manner at all stages of their growth and development. A cohesive work that merges what is already developed with what can be improved, so that our municipality can be considered excellence in public health for all children.

**Keywords:** Early Childhood, Public Policies, Child Development

<sup>1</sup> Débora Rocha Diniz (deby09.diniz@gmail.com) é enfermeira formada pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e coordenadora do Centro de Atenção à Criança – Prefeitura Municipal de Itatiba.





Os primeiros anos de vida das crianças são fundamentais para estabelecer os alicerces de suas aquisições futuras. Reconhecemos que investimentos realizados para a melhoria das condições de vida nesse período possibilitam a criação de sociedades mais harmônicas e acolhedoras, bem como menos desiguais.

*Os aportes da neurociência vêm enfatizando o efeito da influência do ambiente; entorno das relações interpessoais e estímulos na organização da estrutura psíquica do indivíduo, além da determinação genética. Embora o bebê receba hereditariamente de seus pais uma tendência para desenvolver determinados comportamentos, esses passarão a ser modulados pelas experiências vivenciadas nos primeiros cuidados nas relações interpessoais desde os momentos mais precoces da vida.<sup>1</sup>*

Acreditando que “contribuindo para desen-

volver a criança desenvolvemos a sociedade”<sup>1</sup>, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) criou, em 2009, o Programa Primeiríssima Infância. Tendo como foco de atuação o Desenvolvimento da Primeira Infância, a Fundação vem, desde então, trabalhando em parceria com alguns municípios do Estado de São Paulo para colocar o tema na agenda de prioridades de quem define e executa políticas públicas.

O Programa de Desenvolvimento Infantil surgiu a partir do interesse intersetorial e do apoio da gestão municipal em implantar uma política pública voltada ao fortalecimento da atenção à criança com vistas à promoção do desenvolvimento integral, incorporando conceitos de desenvolvimento infantil (DI) com ênfase nas relações interpessoais iniciais. Para esta implantação foram estabelecidas parcerias entre a municipalidade, a FMCSV e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Fizemos um diagnóstico entre as três áreas envolvidas: Saúde, Educação e Assistência Social, das condições de DI das crianças, seguido de análise e criação do Programa, que priorizou o público de zero a 3 anos e gestantes, alvo desta atuação.

Itupeva foi um dos municípios participantes dessa parceria e diante dos resultados obtidos, o programa mostrou impacto positivo, o que justificou sua continuidade e ampliação aos demais municípios da região.

Considerando o Colegiado da Gestão Regional de Jundiaí um espaço de articulação e parceria correspondente a uma região de saúde do Estado de São Paulo, que se constitui como instância capaz de gerar novas possibilidades de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com potencialidades para qualificar e diferenciar o processo de regionalização da saúde, em reunião ordinária realizada em dezembro de 2011, foi aprovado o Projeto Regional de Desenvolvimento Infantil.

*Os municípios se comprometeram a envidar seus melhores esforços para a integral realização e implementação do Programa, observadas as características e especificidades de cada parte, seus respectivos orçamentos anuais, orçamentos plurianuais e/ou planos de ação e as condições, metas e cronogramas estabelecidos.<sup>2</sup>*

Após assinado o documento, cada município indicou um profissional para ser articulador local e compor junto a um representante da FMCSV um representante da secretaria de Saúde do Estado e um articulador regional; responsável por fazer as interfaces entre os municípios participantes, o comitê regional do Programa Primeiríssima Infância.

Em maio de 2012, aconteceu a primeira reunião do comitê regional, na qual os articuladores nomeados por cada município se apropriaram das propostas de parceria apresentadas pela FMCSV e dos compromissos assumidos pelo Gru-

po Gestor Regional.

Com os primeiros passos definidos, cada município recebeu uma carta explicativa para coleta de informações necessárias e início da avaliação do “Marco Zero” – diagnóstico situacional que serviu como linha de base, visando a orientar o processo de implantação e servir de parâmetro para posterior avaliação de resultados.

Foram também definidas datas para reuniões nos municípios com os secretários da Saúde, Educação e Ação Social. Em Itatiba, essa reunião aconteceu em 23 de maio de 2012, ocasião em que a articuladora regional apresentou as propostas e estratégias do programa com o intuito de conquistar o apoio necessário dos mesmos para o andamento das ações. Nesse dia também foi apresentada oficialmente a articuladora local, que recebeu a autorização para, junto com um representante indicado por cada secretário, iniciar as ações de governança na cidade. Depois de oficializado o comitê local, deu-se início ao levantamento de dados solicitados para a execução do Marco Zero.

Inicialmente foram elencados todos os serviços das três áreas que atendiam gestantes e crianças, todas as unidades de atenção básica e especializada, todas as creches municipais e/ou conveniadas e todos os centros comunitários e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), com a relação dos nomes dos profissionais de cada setor.

A empresa responsável pela realização do Marco Zero enviou ao município entrevistadores que, por meio de sorteio, selecionaram entre os serviços elencados, aqueles onde seriam realizadas as entrevistas com os usuários. Da mesma forma, foram sorteados aleatoriamente profissionais das três áreas, que responderam questionários individuais e direcionados conforme sua formação e competências, além de um questionário direcionado ao articulador local, onde foram agregadas





informações dos serviços e documentos existentes na ocasião; protocolos, fichas de atendimento entre outros.

- a) O processo de diagnóstico e avaliação foi participativo. Após a coleta de dados foram feitas análises dos indicadores com o apoio de um facilitador treinado na metodologia.
- b) O relatório final do diagnóstico descreveu a situação do município de Itatiba em relação às oito dimensões de impacto do Programa Primeiríssima Infância.
- c) As principais conclusões do estudo foram:
  - Itatiba, mesmo antes do início das ações do PPI, já apresentava bom desempenho em indicadores de quatro dimensões.
  - Foram avaliadas como críticas: a puericultura, o parto e puerpério, os espaços lúdicos e a mobilização comunitária.

Com a análise dessa avaliação, pudemos visualizar nossas falhas e construir nosso plano de ação, contendo ações, atividades, recursos, cronogramas e responsáveis, gerados a partir dos indicadores apontados como frágeis ou inexistentes na devolutiva do Marco Zero, buscando estratégias no sentido de atingir as metas estabelecidas.

Concomitantemente, aconteceu um Evento de Sensibilização, no dia 22 de agosto de 2012, no teatro Ralino Zamboto, com a presença de funcionários das três secretarias, dos seus respectivos secretários e representantes da secretaria de Saúde do Estado e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Neste dia, após a apresentação institucional do Programa foi proferida uma palestra pelo Dr. Saul Cypel sobre os avanços da neurociência e sua importância no Desenvolvimento Infantil. Esse foi considerado o dia do Lançamento oficial do Programa na cidade de Itatiba.

**O Programa Primeiríssima Infância se estrutura por meio de quatro eixos estratégicos:**

- a) apoio à governança;

- b) desenvolvimento de capacidades;
- c) comunicação e mobilização social;
- d) avaliação e monitoramento.

### **Governança**

Em Itatiba, a governança do Programa se deu a partir da criação do comitê local, que se reúne mensalmente e é responsável pela tomada de decisões, favorecendo o trabalho em rede. O comitê local é composto por três representantes de cada secretaria mais a articuladora local. O comitê foi oficializado por Lei através de Decreto Municipal 6.501, de 7 de julho de 2014. Com o apoio dos gestores municipais, estudamos e desenvolvemos estratégias para garantir a sustentabilidade do Programa em longo prazo.

### **Formação profissional**

Oficinas de formação interdisciplinar, destinadas às profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social. Abordam temas sobre a promoção do desenvolvimento da primeira infância.

As atividades desse eixo visam a desenvolver habilidades e capacidades que possibilitem ao profissional modificar suas práticas cotidianas. A abordagem da formação oferecida é focada na promoção da atenção integral e integrada à primeira infância, por parte dos serviços e dos profissionais envolvidos. Inclui a problematização das práticas profissionais, a discussão de conhecimentos preexistentes e a experimentação de estratégias inovadoras. A incorporação de novas atitudes e competências leva à ampliação do diálogo e qualificação de práticas, tanto dos profissionais, como dos familiares por eles atendidos.

Os temas propostos para as formações foram:

- a) formação em pré-natal, puerpério e amamentação: práticas ampliadas;

- b) formação em trabalho com grupos: famílias grávidas e com crianças de até 3 anos;
- c) formação em espaços lúdicos;
- d) formação em Educação Infantil: 0 a 3 anos;
- e) formação em humanização do parto e nascimento;
- f) formação em puericultura: práticas ampliadas.

A carga horária proposta para cada formação do Programa regional foi de 16 horas com dois docentes para 120 participantes, divididos em duas turmas de 60 integrantes. Dessa forma, foram definidas as vagas de acordo com a população de cada município. Para Itatiba foram destinadas 20 vagas a serem distribuídas nas duas turmas, mais uma vaga para a articuladora local.

Selecionamos os profissionais de cada área procurando envolver aqueles que exerciam liderança e que possuíam habilidades para, posteriormente, reeditar os conteúdos estudados nas formações.

Na etapa final de cada oficina, os participantes foram incentivados a selecionar aspectos da mesma que consideraram importantes para compartilhar com os demais profissionais de seu município. Após cada formação, o programa prevê três supervisões.

A primeira supervisão realizada um mês após a primeira oficina de formação, foi decisiva para o êxito das ações no município de Itatiba, pois nela definimos por orientação do Dr. Marcos Davi, nosso consultor, que a partir dali trabalharíamos com um grupo condutor, denominado comitê ampliado, que seria o “guardião do conhecimento”. Os membros desse grupo passariam por todas as oficinas de formação e seriam responsáveis pelas reedições nas três secretarias, trabalhando com pequenos grupos multiprofissionais independente da que secretaria a que pertencessem.

Com esse formato, o grupo se fortaleceu e criou vínculos que favoreceram o alinhamento e posterior desenvolvimento do plano de ação.

### **Reedições**

Cada formação teve um formato diferente de reedições. Para a reedição de clínica ampliada de pré-natal, puerpério e amamentação, fizemos uma “oficina piloto” e, na segunda supervisão, decidimos produzir um material único compilado em um CD com todos os conteúdos utilizados – vídeos, músicas, dinâmicas e conteúdo teórico no programa PowerPoint. O comitê foi então dividido em equipes e em cada secretaria as reedições aconteceram de acordo com os tempos e espaços existentes.

Para a reedição de espaços lúdicos, o conteúdo foi dividido para ser abordado em três encontros que aconteceram por região, promovendo a integração entre os serviços no território. Assim, os profissionais das três secretarias se reuniram para receber o conteúdo teórico nas creches. O segundo encontro aconteceu nas unidades de saúde e CRAS, para o grupo conhecer e adequar os espaços e pensar em equipe o que poderia ser construído como espaço lúdico em cada unidade. Num terceiro encontro, novamente nas creches, os profissionais das três áreas se reuniram para produzir os brinquedos e brincadeiras que seriam utilizados nas unidades de saúde e ação social. Com esses encontros, promovemos, além da troca de conhecimentos, a construção do vínculo entre as unidades de saúde, creches e CRAS, que passaram a desenvolver ações conjuntas, visando ao olhar ampliado para a criança, que deixa de ser de uma ou outra secretaria e passa a ser cuidada integralmente por todos no trabalho em rede.

A cada formação o molde das reedições foi sendo adaptado à realidade de acordo com o tempo disponível e número de profissionais a ser capacitado. Nosso desafio é agregar as reedições na educação permanente, para que todos os profissionais sejam constantemente reciclados e para que os novos recebam os conteúdos trabalhados pelo Programa Primeiríssima Infância ao adentrar no quadro de funcionários da Prefeitura.



### **Ações no município a partir da intervenção do Programa Primeiríssima Infância**

Da secretaria da Educação, aproximadamente 350 profissionais da Educação Infantil passaram por formações, e como resultados obtidos podemos destacar:

- a) maior conhecimento sobre o funcionamento do cérebro e suas implicações na vida da criança;
- b) um olhar diferenciado para as famílias e sua relação com a escola;
- c) a formação de um vínculo mais efetivo com o grupo de crianças.

Dados da pesquisa da FMCSV realizada por ocasião do Marco Zero apontam que a educação municipal está avançada no que diz respeito à sua proposta pedagógica, ao documento curricular, à comunicação com a comunidade, aos espaços físicos adequados, entre outros aspectos analisados. Percebemos, porém, que a similitude de objetivos do Programa com a proposta do trabalho intersetorial envolvendo educação, saúde e ação social, promoveram um avanço tanto nas práticas pedagógicas com mudanças positivas nas posturas dos profissionais das creches, como na atuação familiar das crianças atendidas na rede municipal de ensino.

A secretaria de Ação Social passou a ter um olhar ampliado com relação às famílias grávidas ou com crianças pequenas em situação de vulnerabilidade. O atendimento em grupo passou a fazer parte das rotinas nos CRAS e a estruturação dos espaços lúdicos nas unidades de atendimento passou a favorecer o estímulo ao desenvolvimento infantil, através da integração dos pais e cuidadores nos brinquedos e brincadeiras com suas crianças.

Destacamos o Programa Mãe Itatibense, que promove ações educativas e apoio financeiro a gestantes em situação de vulnerabilidade, desenvolvido em parceria pelas secretarias de Ação Social e Saúde.

Grandes avanços aconteceram na secretaria da Saúde, norteados pelos princípios do saber

adquiridos através das formações e do diagnóstico identificado no Marco Zero. Foram criados espaços lúdicos em todas as unidades de Estratégia de Saúde da Família e ambulatório de atendimento especializado – Centro de Atenção à Criança. A criança é assistida desde o seu nascimento. Mais de 98% dos nascidos realizam a triagem neonatal no serviço público. Com a implantação do protocolo de atendimento e a padronização da classificação de risco todos os bebês são avaliados, e aqueles que apresentam risco ao nascer são acompanhados por equipe multiprofissional através do Projeto Semente, no ambulatório infantil. Os demais recebem atendimento compartilhado na atenção básica, que hoje conta com 19 equipes de Estratégia de Saúde da Família, cinco unidades básicas de saúde e dois núcleos de apoio à Saúde da Família. Propostas como o Plantão de Aleitamento Materno e Shantala garantem espaço de escuta qualificada que favorecem a criação do vínculo mãe-pai e bebê e promovem o desenvolvimento infantil. Grupos de puericultura e orientação de pais de crianças de zero a 3 anos acontecem de forma programática em todas as unidades. Os profissionais são constantemente capacitados e assumem o compromisso de olhar para a criança não como um paciente dentro de um consultório com uma queixa central, mas sim como membro de uma família inserida no território, na sociedade, e com as implicações que isso acarreta.

Em algumas unidades existe o grupo de Sala de Espera, no qual os pais e/ou cuidadores recebem informações sobre o DI enquanto aguardam atendimento.

Os profissionais foram capacitados para amenizar os procedimentos dolorosos com atitudes cordiais.

Programas como o Sisvan, Viva Leite e o Programa Saúde do Escolar (PSE) tiveram suas ações otimizadas pelas parcerias estabelecidas com as secretarias de Educação e Ação Social.



No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher de Itatiba (CAISMI) acontece quinzenalmente em horário diferenciado – 19 horas, o grupo de casais grávidos.

O acolhimento é a principal ferramenta: casais são recebidos de porta aberta. Cada história é acolhida integralmente. A partir do diálogo franco, escuta aberta, sem julgamentos ou preconceitos, o casal passa a partilhar experiências e caminhar nos diversos saberes da roda, compreendendo o real protagonismo do parto. À equipe cabe abrir o espaço de confiança e vínculo, valorizar e reconhecer o casal como condutor do processo.

O Comitê de Mortalidade Materno-Infantil tem sido sensibilizado e trabalhado de maneira a elucidar cem por cento dos casos dos óbitos com a maior transparência, buscando soluções para que novos casos evitáveis não voltem a ocorrer, emitindo pareceres e compartilhando os mesmo com as equipes envolvidas.

No decorrer desses três anos de Programa, grandes eventos aconteceram mobilizando um grande número de profissionais ou comunidade. Destacamos a Semana do Bebê – uma das propostas que a FMCSV apresenta como estratégia de mobilização comunitária. Instituída em Itatiba pela Lei Municipal 4.574, de 26 de agosto de 2013, vem desde sua primeira edição, atingindo ano a ano maior número de participantes.

*Quando pensamos em nossas crianças hoje, estamos refletindo sobre o nosso cidadão de amanhã. Quando planejamos ações e estratégias direcionadas para este público, estamos garantindo que nossa sociedade será composta por adultos conscientes do seu papel enquanto indivíduos que exercem seus direitos e deveres em plena forma.<sup>3</sup>*

Com o compromisso do gestor, que mantém o selo de qualidade “Prefeito Amigo da Criança”, da Fundação ABRINQ (Associação Brasileira dos Fa-

bricantes de Brinquedos), com a atual elaboração do Plano Municipal para a Infância e Adolescência, garantimos que a criança assume o papel principal junto à sociedade, na certeza de que investindo na infância garantimos um futuro melhor para todos.

#### Referências

1. Cypel S, organizador. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.
2. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. Carta de intenções para realização de Projeto de Desenvolvimento da Primeira Infância. São Paulo; 2012.
3. Prefeitura do Município de Itatiba. Plano Municipal para Infância e Adolescência. Itatiba, SP; 2015. Disponível em: <http://www.itatiba.sp.gov.br/Governo/plano-municipal-para-a-infancia-e-adolescencia.html>



# Promoção do desenvolvimento infantil, um olhar do projeto Nossas Crianças: Janelas de oportunidades

## Promotion of child development, a look at the project Our Children: Windows of opportunities

Danielle Freitas Alvim de Castro<sup>i</sup>

Lívia Keismanas de Ávila<sup>ii</sup>

Anna Maria Chiesa<sup>iii</sup>

Lislaine Aparecida Fracoll<sup>iv</sup>

### Resumo

Trata-se de um artigo de reflexão com o objetivo de apresentar o Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades como uma ferramenta de promoção da saúde e desenvolvimento infantil utilizada na Estratégia Saúde da Família (ESF). O Projeto Janelas tem como objetivo promover o desenvolvimento infantil, complementando a abordagem tradicional focada na avaliação antropométrica da criança e nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, com a finalidade de construção de ações integradas em diversas dimensões, como afeto, cuidado, vínculo e alimentação, entre outras, que promovessem o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, atua de modo a ampliar sua visão quanto ao desenvolvimento infantil, em relação à vivência da criança na rotina familiar, ao favorecimento de vínculos e à proximidade com todos os envolvidos no cuidado à criança. Para isso, a incorporação de novas tecnologias deve ser acompanhada de educação permanente dos profissionais envolvidos a fim de desenvolver habilidades direcionadas à promoção do desenvolvimento infantil, pois o maior desafio é sensibilizar esses profissionais e os gestores para a importância de uma perspectiva ampliada em sua atuação profissional na primeira infância.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Desenvolvimento Infantil; Estratégia Saúde da Família.

### Abstract

This is a discussion item with the aim of presenting the project Our Children: Windows of Opportunities as a health promotion tool and child development used in the Family Health Strategy (FHS). The Windows Project aims to promote child development, complementing the traditional approach focused on anthropometric measurement of children and on Neuropsychomotor Development milestones, for the purpose of building integrated actions in various dimensions, such as affection, care, connection and nutrition, between others, that promote child development. In this sense, it acts so as to broaden its vision concerning child development, regarding the experience of the children in family routine, favoring bonds and the proximity to all those involved in child care. For this, the incorporation of new technologies must be accompanied by permanent training of the professionals involved in order to develop skills aimed at promoting child development, as the biggest challenge is to sensitize these professionals and managers to the importance of a broader perspective on their professional performance in early childhood.

**Keywords:** Health promotion; Child Development; Family Health Strategy.

<sup>i</sup> Danielle Freitas Alvim de Castro (dani\_facastro@hotmail.com) é enfermeira, doutora em Ciências e professora instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

<sup>ii</sup> Lívia Keismanas de Ávila (liviakeis@hotmail.com) é enfermeira, doutora em Ciências e professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP).

<sup>iii</sup> Anna Maria Chiesa (amchiesa@usp.br) é enfermeira, livre-docente e professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

<sup>iv</sup> Lislaine Aparecida Fracoll (lislaine@usp.br) é enfermeira, livre-docente e professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).



## Introdução

**P**romover a saúde de acordo com a Carta de Ottawa é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”<sup>4</sup>. Nesta perspectiva, a saúde é vista de modo positivo e como um recurso para a vida. Desta maneira, a promoção da saúde passa a não ser responsabilidade exclusiva do setor saúde<sup>4</sup>.

Nos serviços de saúde, a promoção da saúde deve ser compartilhada com todos os indivíduos que participam desse processo (usuários, profissionais de saúde, comunidade). A reorientação dos serviços é um esforço para a ampliação do acesso e para uma tentativa de garantia da equidade. Os serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde passariam a adotar uma postura mais abrangente, apoiando as necessidades individuais e comunitárias, além de abrir canais entre o setor saúde e os setores sociais, econômicos e ambientais<sup>4,8</sup>.

Na perspectiva da clínica, promover a saúde e o desenvolvimento infantil significa ir além do tradicional realizado na puericultura. A clínica tradicional é focada no biológico, em que são avaliados a nutrição, o crescimento e o peso. Para isto, lança-se mão de escalas e testes, como a ficha de desenvolvimento infantil do Ministério da Saúde, o teste de triagem de desenvolvimento de Denver, o guia Washington para promover o desenvolvimento de crianças pequenas, entre outros. Não que o uso dessas fichas e escalas não seja importante, pois elas detectam e alertam de maneira precoce quando há algo errado com o desenvolvimento da criança<sup>2,15</sup>.

A clínica tradicional possui como eixo central do cuidado à criança o acompanhamento sistemático do crescimento, além da avaliação periódica do ganho de peso da criança<sup>15</sup>. No âmbito da Atenção Básica, o Ministério da Saúde declara que a forma adequada de acompanhamento das crianças até 6 anos seria a avaliação antropométrica, registrando periodicamente em um gráfico o peso e a altura de acordo com a idade<sup>8</sup>. Contrapondo essa diretriz

ministerial, alguns autores consideram que para promover o desenvolvimento e a saúde infantil faz-se necessário olhar de modo ampliado e integral à criança e seu ambiente familiar, pois o crescimento e o desenvolvimento saudáveis ou não são consequências de vários fatores e não apenas do determinismo genético<sup>20</sup>.

Na primeira infância, são estabelecidos os padrões de comportamento, aprendizagem e competências. A herança genética, que pode ser boa ou ruim, é modificada por fatores socioambientais, as células do sistema nervoso crescem de maneira abundante e os circuitos neuronais são estabelecidos<sup>20</sup>.

Ao nascimento, o bebê possui muito mais neurônios do que um adulto precisa. Seu sistema nervoso ainda não está desenvolvido por completo. As células já existem, mas ainda não estão ligadas em rede. As ligações sinápticas são estabelecidas ao longo dos três primeiros anos de vida da criança. Essas ligações formam-se à medida que a criança conhece e experimenta o mundo ao redor e se relaciona com seus cuidadores<sup>17</sup>.

As sinapses estabelecidas, se forem utilizadas e reforçadas no cuidado diário, passam a compor um circuito permanente no cérebro da criança<sup>17</sup>. Na primeira infância, as sinapses cerebrais são afetadas pela qualidade da educação e dos estímulos recebidos nesse período<sup>13</sup>.

Estudos longitudinais têm mostrado que o ambiente social influencia o estabelecimento de circuitos cerebrais que contribuem para o desenvolvimento da aprendizagem, do comportamento e da saúde física ao longo da vida<sup>13</sup>. Os cuidados, como a nutrição, o vínculo, afeto, a estimulação, o toque, as brincadeiras e o acolhimento são determinantes de um bom desenvolvimento físico, psíquico e social<sup>5</sup>.

A literatura mostra que os programas de desenvolvimento infantil que atuam em uma perspectiva ampliada em relação à nutrição, ao desenvolvimento emocional e intelectual e à saúde estimulam

o crescimento de adultos saudáveis, capazes e produtivos. Mesmo aquelas crianças que foram privadas de boas oportunidades de crescimento e desenvolvimento, se receberem intervenções precoces poderão alterar suas trajetórias de vida<sup>20</sup>.

Programas de promoção da saúde e desenvolvimento infantil podem melhorar a trajetória das crianças pela vida. Young refere que crianças que recebem intervenções na primeira infância estão propensas a menores índices de evasão escolar e melhores experiências escolares<sup>20</sup>.

O *Perry Preschool Project*, o *North Carolina Abecedarian Project*, o *Infant Health and Development Program*, *Head Start* e *Early Head Start*, o *Integrated Child Development Service*, o *Proyecto de Educación Inicial* e o *Minding the Baby* são exemplos de programas de intervenções eficazes no desenvolvimento na primeira infância<sup>18,20</sup>. Como também o *Family Nurse Partnership* vem mostrando-se eficaz na diminuição da morbidade e mortalidade materna e infantil, diminuição de maus-tratos infantis, melhora emocional da criança e melhora no desenvolvimento da fala das crianças quando intervém nas famílias vulneráveis de mães adolescentes, acompanhando as crianças da gestação até os 3 anos de vida<sup>14</sup>.

A implantação de programas de promoção da saúde e desenvolvimento infantil se faz necessário em uma realidade, como a brasileira, onde ainda há crianças desnutridas, sem acesso a creches ou à educação de qualidade e, muitas vezes, são privadas de um ambiente familiar amoroso e afetivo e com bons cuidados.

A promoção da saúde contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Em razão disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe que as intervenções em saúde se ampliem para além dos muros das unidades e do sistema de saúde<sup>5</sup>. Ela se propõe a atuar nos condicionantes de vida e no

favorecimento de escolhas saudáveis. O objeto dos serviços de saúde passam a ser os problemas e as necessidades de saúde, além de seus determinantes e condicionantes<sup>5</sup>. Profissionais de saúde que atuam nesta perspectiva possuem a possibilidade de olhar para o desenvolvimento infantil para além de seu crescimento saudável e aos marcos do desenvolvimento infantil (sentar, ficar em pé, andar, falar, etc.). A Saúde da Família é um espaço privilegiado de ações ampliadas e atua no lócus familiar, o que possibilita o desenvolvimento infantil de modo integral e ampliado<sup>6</sup>.

Este artigo tem o objetivo de apresentar o Projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* como uma ferramenta de promoção da saúde e desenvolvimento infantil utilizada na Estratégia Saúde da Família.

### **Promoção da saúde e desenvolvimento infantil – Projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um espaço que possibilita a ampliação das ações para além do cuidado biológico e fisiologicista. É um espaço onde os potenciais de saúde da população podem ser fortalecidos, além de ser um espaço de desenvolvimento de tecnologias apropriadas para uma abordagem ampliada de cuidado<sup>4</sup>.

O Projeto *Janelas* tem como objetivo promover o desenvolvimento infantil, complementando a abordagem tradicional focada na avaliação antropométrica da criança e nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor. O Projeto tem a finalidade de construção de ações integradas em diversas dimensões, como afeto, cuidado, vínculo e alimentação, entre outras, que promovam o desenvolvimento infantil<sup>5</sup>.

Entendendo que a ESF possui um espaço privilegiado de cuidado junto às famílias, a intenção do Projeto é apoiar as intervenções familiares, pois

os cuidados diários, como o momento da alimentação, das brincadeiras e o relacionamento familiar podem construir ações que favorecem o desenvolvimento infantil de maneira positiva<sup>5</sup>.

Para a construção das ações nos cuidados diários, o Projeto considera as oportunidades de exercício das habilidades e o relacionamento das crianças para o processo de desenvolvimento<sup>5</sup>.

O conteúdo de ação do Projeto foca-se nas necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil, organizado nas áreas de<sup>5</sup>:

- Alimentação;
- Higiene;
- Prevenção de acidentes;
- Amor e segurança;
- Brincadeira;
- Direitos e participação.

O Projeto *Janelas* atua diretamente nas Equipes de Saúde da Família de modo a ampliar sua visão quanto ao desenvolvimento infantil, em específico, em relação ao que a criança vivencia em sua rotina familiar, e o favorecimento de vínculos e proximidade com todos os envolvidos no cuidado à criança<sup>5</sup>.

As Equipes de Saúde da Família devem acompanhar e registrar as oportunidades de desenvolvimento que as famílias vêm oferecendo às crianças da gestação até os 3 anos<sup>5</sup>. O conteúdo de ação é avaliado observando e conversando com as famílias.

Os profissionais da ESF são capacitados com o *Janelas* para exercerem determinadas habilidades junto às famílias. Habilidades são o conjunto de práticas adquiridas por meio da demonstração, repetição e reelaboração crítica que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões em seu campo de atuação (intervenção)<sup>16</sup>. Os dados do Quadro 1 mostram uma tentativa de se sintetizar as habilidades que devem ser adquiridas com o Projeto *Janelas*:<sup>6</sup>



**Quadro 1** – Habilidades profissionais adquiridas no Projeto Janelas

EIXO TEÓRICO	HABILIDADES
Clínica ampliada – um olhar para além do desenvolvimento neuropsicomotor	Ampliação da visão sobre o desenvolvimento para um conjunto de relações experimentadas e apreendidas pela criança e por toda a família em sua rotina familiar e social.
	Incentivar a participação da família no desenvolvimento da criança.
Família – principal provedora dos cuidados adequados	Favorecimento de vínculos, proximidade e confiança entre todos os envolvidos no cuidado da criança.
	Incentivar a rotina como forma de estimulação à criança.
	Ensinar as diferentes necessidades da criança em cada fase de seu desenvolvimento.
	Definição de passos e estratégias para o desenvolvimento das formas de cuidado que precisem ser incentivadas.
	Favorecimento de decisão conjunta sobre a necessidade de intervenções específicas em questões de difícil superação.
	Incentivar a necessidade de estímulos diferentes como: colocar as crianças em diferentes locais; oferecer objetos seguros com sons, cores e texturas variadas para brincar.
	Incentivar a estimulação nos cuidados rotineiros, conversando, cantando e acariciando.
	Estimular atividades adequadas à idade da criança.
	Incentivar a brincadeira para o desenvolvimento infantil.
	Identificar e compreender os comportamentos que trazem conforto e segurança à criança.
	Incentivar maior independência da criança em atividades rotineiras, como vestir, tomar banho, comer e brincar.
	Incentivar o oferecimento de oportunidades de participação e convivência com todos os membros da família e da vizinhança, da escola e comunidade.
	Estimular a alimentação adequada para a idade da criança (rotina, cultura, condições financeiras e variação de nutrientes).
	Conhecer os hábitos de higiene familiar e as dificuldades para sua manutenção.
	Incentivar hábitos saudáveis de higiene.
	Incentivar a segurança da criança orientando a necessidade da vigilância de um cuidador responsável.
	Incentivar a manutenção de um ambiente saudável.
	Incentivar e ensinar os direitos que a criança possui: convivência familiar e comunitária; saúde; educação; esporte, lazer e cultura e registro civil.
Conversar com a família sobre os direitos da criança com base na realidade que a família se encontra.	
Valorizar a percepções, ideias e sentimentos da criança.	
Incentivar que os adultos ouçam as crianças.	
Patrimônio familiar – valorização e fortalecimento dos potenciais que a família possui	Identificação dos patrimônios que a família possui; e
	Fortalecimento dos patrimônios que a família possui.

Fonte: Castro DFA. Incorporação de tecnologia do projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*, a perspectiva dos Profissionais [tese]. São Paulo: EEUSP; 2015<sup>3</sup>.

Um dos eixos teóricos do Projeto *Janelas*, a família, é o primeiro lugar de pertencimento e construção da identidade da criança. Ela é o ponto central do surgimento das necessidades, por ser o primeiro lugar de socialização. A família é um recurso para o desenvolvimento da criança<sup>6</sup>. Avaliar a crian-

ça no contexto familiar significa a possibilidade de se avaliar o “patrimônio” dessa família. Patrimônio refere-se ao conjunto de recursos que garantem maior segurança e padrão de vida. Ao contrário do que muitos pensam, patrimônio não se refere somente a bem material, mas também a habilidades

pessoais e relacionais. Por isso, intervir em um contexto familiar é preciso não simplesmente olhar as necessidades, mas, sim, fortalecer suas potencialidades/seus patrimônios para que a família possa superar, assim, suas necessidades<sup>19</sup>.

Em uma realidade onde os profissionais possuem dificuldade de operacionalizar ações de promoção da saúde em razão da falta de tecnologias, a implantação do piloto do *Projeto Janelas* em 2002 apontou que suas tecnologias poderiam dar suporte às ações de promoção da saúde e desenvolvimento infantil, além de fortalecer as famílias das crianças<sup>1,7,5</sup>.

A existência de uma parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e a Fundação Faculdade de Medicina da USP para a gestão dos serviços de saúde na microrregião do Butantã no Município de São Paulo (*Projeto Região Oeste*), abre a possibilidade de educação permanente dos profissionais que já integram a ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como a formação dos estudantes de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional no referido território.

Neste contexto, a implantação das tecnologias do *Projeto Janelas* torna-se favorável, uma vez que elas são validadas para ampliar e qualificar a atenção à criança, com ênfase no fortalecimento do desenvolvimento infantil, além da microrregião do Butantã demandar uma educação permanente e uma formação inovadora de profissionais na área da saúde.

Pensando neste contexto, foi submetida uma proposta para um edital da FAPESP com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal para a realização da segunda edição do *Projeto Janelas*.

Intitulada de “Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias”,

a pesquisa foi contemplada, dando início assim, em 2012, o processo de reedição do material do *Projeto Janelas* (número de processo FAPESP/FMCSV: 2011/50931-5).

Para a realização da segunda edição do material do *Projeto Janelas* foi realizado um seminário de atualização. Como principal mudança ocorrida no material além da atualização dos dados, a ficha de avaliação das famílias foi incorporada à Cartilha, que passou a ser denominada *Caderno da Família*<sup>2</sup>.

No ano de 2013, 30 Equipes de Saúde da Família foram capacitadas para fazerem o uso do material do *Projeto Janelas*. As 30 Equipes foram acompanhadas durante o ano de 2014 a fim de dar apoio e suporte às necessidades de implementação das tecnologias do *Projeto Janelas*.

### Conclusão

Como os exemplos internacionais, o *Projeto Janelas* tem mostrado o potencial para promover o desenvolvimento infantil pelo fato de modificar a perspectiva dos cuidados das Equipes de Saúde da Família pelas famílias e crianças nas visitas domiciliares e na clínica propriamente dita.

Um desafio maior que capacitar os profissionais de saúde é sensibilizar esses profissionais e os gestores para a importância de uma perspectiva ampliada do desenvolvimento infantil. Muitos profissionais de saúde não possuem as habilidades para lidarem com as famílias de uma maneira diferenciada. Os profissionais de saúde estão acostumados a um acompanhamento tradicional focado na avaliação antropométrica e nos marcos do desenvolvimento infantil. Além dos indicadores de saúde no desenvolvimento infantil serem pautados também em uma clínica tradicional, o que favorece que o profissional atue nesta perspectiva, tornando a ampliação da clínica no desenvolvimento infantil um grande desafio.

### Referências

1. Almeida EZ, Fracolli LA, Chiesa AM. Implantação do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” na equipe saúde da família: relato de experiência. *Rev Paul Enf.* 2008; 27(2):121-127.
2. Brito CML, Vieira GO, Costa MCO, Oliveira NF. Desenvolvimento neuropsicomotor: o teste de Denver na triagem dos atrasos cognitivos e neuromotores de pré-escolares. *Cad Saú-de Púb.* 2011; 27(7):1403-1414. [acesso em 11 mai 2015]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000700015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700015&lng=en)
3. Castro DFA. Incorporação de tecnologia do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades, a perspectiva dos profissionais [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2015.
4. Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca da experiência de São Paulo. *Mundo da Saúde.* 2004; 28(1):42-48.
5. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Fracolli LA. O projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades: possibilidades e limites para a assistência da criança no Programa Saúde da Família. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fracolli LA. *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades.* São Paulo; 2009. p.13-28.
6. Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. In: Chiesa AM, Zoboli ELCP, Fracolli LA, organizadores. *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades.* São Paulo, 2009. p.75-94.
7. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde [Tese de Livre-Docência]. São

- Paulo: Escola de Enfermagem da USP. São Paulo; 2005.
8. Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e atenção primária à saúde. [Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. Módulo Político Gestor]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011.
  9. Ministério da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Projeto Promoção da Saúde; 2002. (Série B. Textos básicos em saúde)
  10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Departamento de Atenção à Saúde; 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos. Pactos pela saúde, 4)
  11. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; 2010.
  12. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2002.
  13. Mustard JF. O desenvolvimento da primeira infância e o cérebro – a base para a saúde, o aprendizado e o comportamento Durante a vida toda. In: Young ME, organizador. *Da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças.* Lopes M, tradutor. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.
  14. Olds DL. The nurse-family partnership: an evidence based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal.* 2006; 27(1):5-25.
  15. Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(3):270-273. [acesso em 11 maio 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000300004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300004&lng=en)
  16. Saupe R, Benito GAV, Wendhausen ALP, Cutolo, LRA. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. *Saúde Rev.* 2006; 8(18):31-37.
  17. Shore R. *Repensando o cérebro.* Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.
  18. Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby a reflective parenting program. *Psychoanal Study Child.* 2005; 60:74-100.
  19. Solymos GMB, Maricondi MA, Soares MLPV. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELP, organizador. *Promoção da saúde da criança a experiência do projeto nossas crianças: Janelas de Oportunidades.* São Paulo, 2009. p.43-60.
  20. Young ME. Introdução e visão geral. In: Young ME, organizador. *Da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças.* São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.



# Cuidados familiares para promoção da saúde infantil e resiliência: proposta de articulação de elementos teóricos para o cuidado

## Family care for the Promotion of Child Health and Resilience: proposal for combination of theoretical elements for care

Anna Maria Chiesa<sup>i</sup>

Leticia de Freitas Oliveira<sup>ii</sup>

Bianca Gansauskas de Andrade<sup>iii</sup>

Francineide Pereira da Silva Pena<sup>iv</sup>

José Luis da Cunha Pena<sup>v</sup>

### Resumo

O acompanhamento dos Cuidados Familiares para Promoção da Saúde Infantil é uma tecnologia desenvolvida no projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” e instrumentaliza a equipe da Estratégia Saúde da Família que atende famílias com gestantes e crianças menores de 3 anos de idade. Objetivo deste estudo foi analisar a pertinência dos conteúdos temáticos dos Cuidados Familiares para Promoção da Saúde Infantil inserida no caderno familiar com base na evidência científica e sua interface com a resiliência. Os resultados demonstram convergência entre os conteúdos temáticos. Dos 13 domínios de promoção: preparação para a gravidez, preparação para a paternidade/maternidade, identificação de necessidades/problemas, apoio às gestantes em risco, parto, promoção do afeto/vínculo, promoção do aleitamento materno, promoção do desenvolvimento infantil, prevenção de agravos, promoção da saúde mental, promoção da alimentação saudável, cessação do tabagismo, famílias em situação de risco de apoio, propostos na literatura estão contemplados no conjunto das 50 questões dos domínios dos cuidados: período pré-natal, período pós-natal, alimentação, higiene, saúde, brincadeiras, amor e segurança, prevenção de acidentes. A avaliação do caderno da família demonstra interface com a categoria resiliência no contexto comunitário e individual, permitindo propostas de articulação de elementos teóricos para o cuidado.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde Infantil; Tecnologia em Saúde; Resiliência; Estratégia Saúde da Família.

### Abstract

Monitoring of Family Care for the Child Health Promotion is a technology developed in the project “Our children: windows of opportunities” and exploits the staff of the Family Health Strategy serving families with pregnant women and children under 3 years of age. This study aimed at analyzing the relevance of the thematic contents of the Family Care for Health Promotion of Children inserted into the familiar notebook based on scientific evidence and its interface with resilience. The results show convergence between the thematic contents. Out of the thirteen areas of promotion: preparation for pregnancy, preparation for fatherhood/motherhood, identification of needs/problems, support for pregnant women at risk, delivery, promotion of affection/bond, promotion of breastfeeding, promotion of child development, prevention of diseases, mental health promotion, promotion of healthy eating, smoking cessation, families in situation of risk support, proposed in the literature are included in the set of 50 questions of the areas of care: prenatal, postnatal period, nutrition, hygiene, health, play, love and safety, accident prevention. The evaluation of the family notebook demonstrates interface with the resilience category in the community and individual context, allowing joint proposals for theoretical elements for care.

**Keywords:** Promotion of Child Health, Technology in Health, Resilience, Family Health Strategy

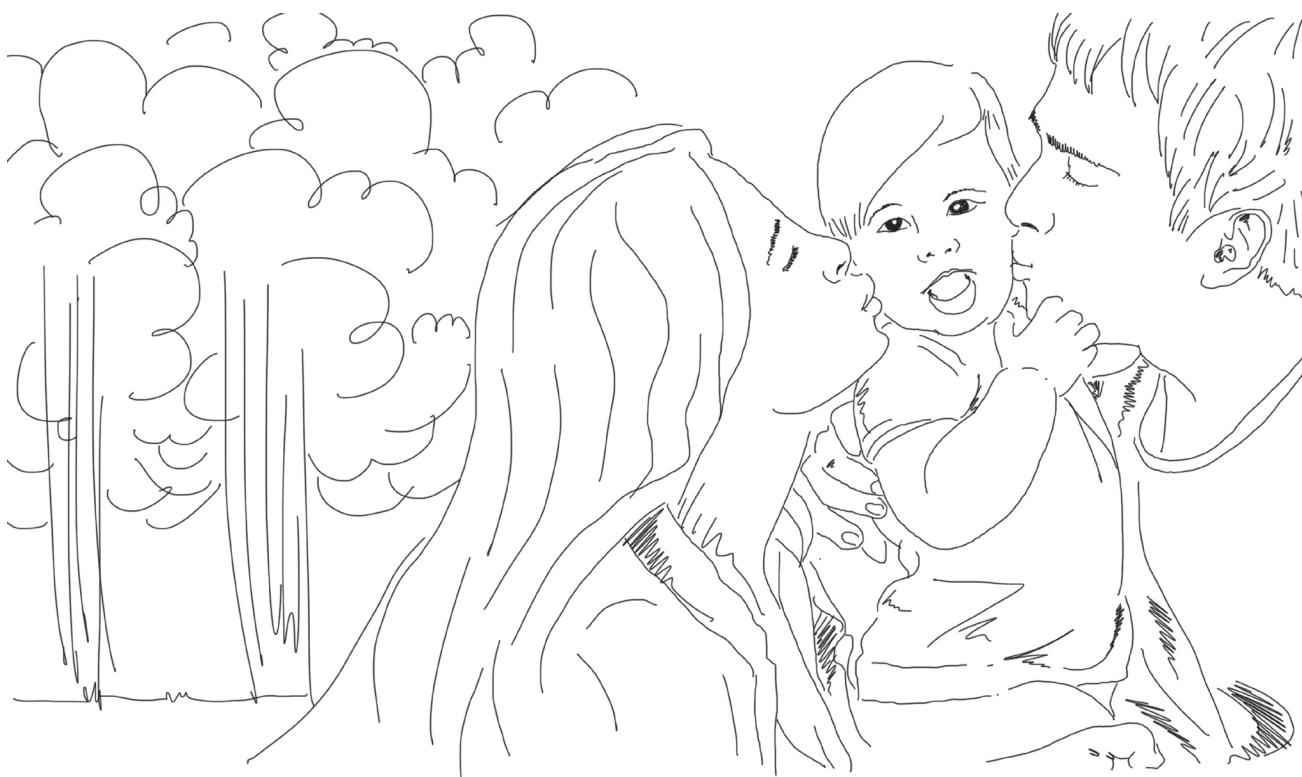
<sup>i</sup> Anna Maria Chiesa (amchiesa@usp.br) é enfermeira, livre-docente e professora associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

<sup>ii</sup> Leticia de Freitas Oliveira (leticiaoliveira\_@hotmail.com) é enfermeira assistente.

<sup>iii</sup> Bianca Gansauskas de Andrade (bgansauskas@gmail.com) é enfermeira e mes-tranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

<sup>iv</sup> Francineide Pereira da Silva Pena (francipena@usp.br) é enfermeira e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).

<sup>v</sup> José Luis da Cunha Pena (luispena@usp.br) é enfermeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE-USP).



## Introdução

**A**vanços científicos e experiência prática demonstram, há décadas, que a primeira infância é o período promissor para o desenvolvimento humano saudável, mas também de risco considerável. Isso se deve ao fato de que é nos primeiros anos de vida que acontece a etapa mais importante do desenvolvimento cerebral. Evidências da neurociência, biologia molecular, genômica e epigenética indicam que a influência dos primeiros anos pode se estender ao longo da vida, afetando as bases da aprendizagem, formação da personalidade, comportamento, saúde física e mental<sup>11,12,13</sup>.

A atenção primária à saúde se apresenta como estratégia para organizar o sistema dos serviços como meio de possibilitar o acesso universal aos serviços e à integralidade do cuidado<sup>8</sup>.

Reconhecendo esse marco referencial nas definições das políticas de saúde e seu poder de influência na determinação de modelos e práticas assistenciais, observa-se que o modelo de atenção

à saúde da criança é uma perspectiva considerada, dentre outras, área estratégica em âmbito nacional, sobretudo com a estratégia saúde da família.

A sistematização da atenção à criança permite uma abordagem integral, melhorando o funcionamento e organização do serviço de saúde. Isto aperfeiçoa o uso dos recursos dos serviços de saúde disponíveis e a coordenação entre eles, padronizando a avaliação e o tratamento pertinente a cada situação<sup>6</sup>.

O envolvimento dos profissionais de saúde, aproximando-se para compreender a realidade dos usuários dos serviços, por meio da abordagem integral do processo saúde-doença e de seus determinantes, pode contribuir para a transformação das condições de saúde e possibilitar o desenvolvimento da vida com dignidade<sup>6</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) toma como foco a família no seu espaço físico e social. Isso proporciona à equipe de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que permite intervenções para além das práticas curativas. Tal estratégia possibilita uma ação interdisciplinar

que vincula várias áreas do conhecimento<sup>6</sup>.

O modelo apresentado por Labonte (1996) evidencia a complexidade e a dinamicidade contida no processo saúde-doença, a partir da lógica do paradigma crítico da promoção da saúde<sup>5</sup>. Reconhece três dimensões como intrínsecas à saúde: Energia Vital – relacionada com o grau de vitalidade que o corpo biológico dispõe para realizar as atividades de vida diária; Projeto de Vida – expressa as emoções, aspirações e desejos que incidem sobre o significado e o sentido de viver projetado pelo indivíduo; e o Social ou Vida Comunitária – que expressa os relacionamentos e interações do indivíduo em seu entorno<sup>5</sup>.

Nesse entendimento, a ESF foi pensada como proposta estruturante para a organização da Atenção Primária, o que possibilita identificar no contexto da Promoção da Saúde Infantil (PSI) a inserção do profissional da saúde na dimensão do modelo de proposto por Labonte, qual seja: “Social ou Vida Comunitária”<sup>5</sup>, como meio de fazer acontecer a PSI na família. Esta dimensão constitui-se em um dos contextos privilegiados de intervenção na PS, com suporte teórico de categorias conceituais como a resiliência. Entendendo resiliência como processo que explica a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações<sup>15,16</sup>.

De acordo com pesquisas recentes, observa-se que diante dos processos mórbidos ou de maior comprometimento da dimensão de saúde, a categoria social de resiliência é fundamental para o cuidado em saúde coletiva<sup>17</sup>.

Para auxiliar o processo do cuidar à criança no espaço familiar, dispõe-se de tecnologias que facilitam o modelo assistencial a que se propõe a ESF. A tecnologia Ficha de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para Promoção da Saúde Infantil é um dos produtos concretos do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”, elaborado em julho de 2001, cujo objetivo foi produzir uma tecnologia de atuação junto às famílias, buscando fortalecer as di-

mensões de Promoção da Saúde Infantil.

O objetivo deste estudo foi analisar a pertinência dos conteúdos temáticos dos Cuidados Familiares para Promoção da Saúde Infantil inserida no caderno familiar com base na evidência científica e sua interface com a resiliência.

### Método

Foi realizado um estudo qualitativo descritivo buscando a associação de conteúdos dos cuidados para a promoção da saúde infantil com os critérios do estudo “Health-led parenting interventions in Pregnancy and Early years”, elaborada pela prof.<sup>a</sup> dr.<sup>a</sup> Jane Barlow et al<sup>3</sup>. Trata-se de uma revisão sistemática de programas internacionais de promoção do desenvolvimento infantil desde a gestação até os 3 primeiros anos de vida, que avaliou diversos aspectos presentes nos programas abrangidos, caracterizando: tipos de intervenção, foco, objetivos e frequência com a qual determinados temas eram abordados. O referido estudo originou as 13 áreas citadas a seguir, que reúnem os temas abordados e seus respectivos conceitos, configurando a matriz de análise para promoção do desenvolvimento infantil.

1. Preparação para a gravidez: A promoção de conhecimentos aos futuros pais fortalece a segurança dos mesmos durante o período pré-natal, aumentando sua confiança antes, durante a gravidez e após, na prestação de cuidados ao bebê.
2. Preparação para a paternidade/maternidade: Evidências em estudos demonstraram que homens que recebem um preparo para a paternidade são mais participantes no apoio às suas companheiras durante a gestação, nascimento e no cuidado do bebê.
3. Identificação de necessidades/problemas: A detecção precoce de necessidades e problemáticas existentes ou potenciais, especial-

- mente os problemas relacionados à depressão durante a gestação, possibilita a intervenção mais apropriada à situação. Isso fortalece o vínculo entre o profissional da saúde e a família, e favorece a adesão aos tratamentos propostos e melhoria da qualidade da atenção.
4. Apoio às gestantes em risco: A depressão, o tabagismo, o abuso de álcool e outros tipos de risco social, como a violência, expõem a mulher e o conceito a sérios agravos à saúde durante a gestação, interferindo no desenvolvimento intrauterino, ocasionando baixo peso ao nascer, defeitos congênitos, má-formações do bebê, riscos à saúde materna, desenvolvimento do feto entre mãe e bebê e, em casos mais graves, até a morte. Dadas essas circunstâncias, se faz necessário uma rede de suporte às gestantes em situação de risco para acolher, proteger e dar o tratamento adequado a cada problema existente.
  5. Parto: O conhecimento acerca do parto diminui a ansiedade e medo, o que ajuda na diminuição da taxa de cesáreas eletivas e favorece para que o parto se dê por via natural, considerada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, a forma mais fisiológica, segura e saudável para mãe e bebê.
  6. Promoção do afeto/vínculo: O contato pele-a-pele entre mãe e filho favorece a criação de vínculo e do apego, essenciais para o desenvolvimento afetivo, que moldam o temperamento da criança. Propor esse contato desde o nascido faz com que a relação da díade se fortaleça, além de estimular o desenvolvimento dos sentidos do bebê.
  7. Promoção do aleitamento materno: São inúmeros os benefícios do aleitamento materno para a criança e para a mãe também. Fortalece o sistema imunológico, previne infecções, é nutritivo para o bebê e auxilia o rearranjo do corpo da mãe no pós-parto, através de ocitocinas liberadas pelo estímulo da amamentação que contraem o útero, auxiliando sua involução e prevenindo hemorragias.
  8. Promoção do desenvolvimento infantil: Ações que estimulam a curiosidade da criança de forma segura, como através de músicas, de brincar com brinquedos e objetos apropriados à sua idade, oferecer espaços seguros para ela se mover e aprimorar a coordenação motora são exemplos de medidas que promovem o desenvolvimento infantil no aspecto físico. Elogiar, manter um ambiente calmo, evitar que ela presencie discussões ou violência promovem o desenvolvimento sadio no aspecto psicoemocional.
  9. Prevenção de agravos: O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil contribui para a detecção precoce de problemas e também na sua prevenção, ao instruir aos pais/cuidadores da criança acerca da promoção da saúde e orientá-los para identificar problemas potenciais que a criança possa ter, fazendo a captação do caso e tratamento adequado, de modo a diminuir eventuais agravos.
  10. Promoção da saúde mental: Através da identificação, prevenção e tratamento da depressão pós-natal, para diminuir a ocorrência de consequências ao bebê (violência, abandono, desmame precoce) e demais complicações para a maternidade decorrentes da patologia.
  11. Promoção da alimentação saudável: Favorecer o aleitamento materno até o sexto mês de vida ou mais, evitar alimentos ricos em conservantes, gorduras, sal ou industrializados, prevenir a obesidade infantil são objetivos da promoção da alimentação saudável, além do monitoramento da curva de crescimento e demais parâmetros antropométricos.
  12. Cessaçãõ do tabagismo: Antes, durante ou

após o nascimento da criança é importante enfatizar que o tabagismo sempre será prejudicial à saúde, tanto da mãe quanto do bebê. Além das já citadas alterações no desenvolvimento fetal decorrentes do tabagismo materno, o tabagismo passivo, pela inalação da fumaça do cigarro, acarreta prejuízos ao desenvolvimento infantil, além de favorecer o surgimento de doenças respiratórias.

13. Famílias em situação de risco de apoio: Quando há na família situação de abuso doméstico, dependência de álcool ou abuso de drogas, ou quando há falta de suporte por se tratar de famílias extremamente carentes ou pais adolescentes, faz-se necessário um acompanhamento mais intensivo além de tratamento adequado aos problemas existentes na mesma, para não ser necessário desvincular familiares sem haver a necessidade.

A avaliação e comparação foram elaboradas a partir da análise temática entre os conteúdos da ficha de acompanhamento e as áreas do estudo de Barlow et al.<sup>3</sup> já descritos.

A validação de conteúdo abarca a avaliação crítica e complexa de um objeto determinado a respeito de sua objetividade relacionada a seus fins. Isto é, avalia se um dado objeto é eficaz e preciso em realizar sua proposição. A validade refere-se ao grau com que a evidência apoia as inferências obtidas a partir dos valores derivados das medições, ou o grau com que o objeto analisa/capta aquilo para qual foi produzido. A validade de conteúdo examina um objeto, incluindo sua definição operacional e suas variáveis observáveis representadas num determinado universo<sup>2</sup>.

### Resultados

No período pré-natal, o tema “Preparo para a paternidade/maternidade” surgiu em 3 das 9 questões; o tema “Identificação de necessidades/problemas” está presente em todas as questões; “Apoio às gestantes em risco” aparece em 4 das 9 questões; “Parto” e “Cessação do tabagismo” surgem apenas em 1 questão cada um, e “Prevenção de agravos” está presente em 6 questões.

Período pré-natal							
Área temática	Preparo para a gravidez	Preparo para a Paternidade/ Maternidade	Identificação de necessidades/ problemas	Apoio às gestantes em risco	Parto	Cessação do tabagismo	Prevenção de agravos
Questões							
1 - Conte-me como está a gravidez	-	-	+	-	-	-	+
2 - A gravidez foi planejada?	-	+	+	-	-	-	-
3 - O pai participa da gravidez?	-	+	+	-	-	-	-
4 - A gestante sente-se ajudada por sua família?	-	+	+	-	-	-	-
5 - A gestante está fazendo consultas pré-natal?	-	-	+	+	-	-	+
6 - A gestante tem conseguido se alimentar, tomar vacinas e fazer tratamentos conforme as orientações da equipe de saúde?	-	-	+	-	-	-	+
7 - A gestante consegue, no seu trabalho, evitar esforços excessivos, quedas, acidentes ou - contato com substâncias perigosas?	-	-	+	+	-	-	+



8 - A gestante reconhece sinais de perigo para a gravidez (perda de líquido ou sangramento vaginal, dor de cabeça forte, edema, parada dos movimentos do bebê)?	-	-	+	+	+	-	+
9 - A gestante evita tomar remédios sem receita médica, fazer raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas?	-	-	+	+	-	+	+

**Quadro 1** – Período pré-natal.

No segmento “Período pós-natal”, com o total de 10 questões, o tema “Afeto/vínculo” aparece em 4 questões; o “Aleitamento materno” é abordado em 2; o “Desenvolvimento infantil” aparece em 7; a “Saúde mental” é compreendida por 7 questões e “Identificação de necessidades/problemas” compreende 9 das 10 questões.

Período pós-natal					
Áreas	Promovendo				Identificação de necessidades/ problemas
Questões	O afeto/ vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental	
10. Como foi a chegada da criança na vida da família?	+	-	-	+	+
11. Quantas consultas fez no pré-natal?	-	-	-	-	-
12. Nasceu de 9 meses?	-	-	+	-	+
13. Houve problemas no parto ou nos primeiros dias após o nascimento? Quais?	-	+	+	+	+
14. Tem registro de nascimento?	+	-	-	-	+
15. Fez teste do pezinho?	-	-	+	+	+
16. A criança tem algum problema que precise de atenção especial? Qual?	-	-	+	+	+
17. Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança?	-	-	+	+	+
18. Quais os principais acontecimentos na vida da criança? (entrada na creche, internação, perda de alguém da família).	+	+	+	+	+
19. Vocês têm alguma preocupação especial com a saúde da criança?	+	-	+	+	+

**Quadro 2** – Período pós-natal.

As questões da área temática “Alimentação” apresentam 6 questões que abordam 6 temas: “O afeto/vínculo”, “O aleitamento materno”, “O desenvolvimento infantil”, “Saúde mental”, “Alimentação saudável” e “Prevenção de agravos”.

	Áreas	Promovendo					Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio
		O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental	A alimentação saudável		
Alimentação	20 - Nos primeiros 6 meses o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?	+	+	-	-	+	-	-
	21 - A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?	+	+	+	+	+	-	-
	22 - Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada em horários regulares?	-	+	+	-	+	+	-
	23 - A criança maior de 1 ano está recebendo diariamente duas refeições iguais a da família (almoço e jantar) num prato só para ela, leite 3 vezes ao dia e frutas nos horários de lanche?	-	-	+	-	+	-	-
	24 - A família aproveita os momentos da refeição para incentivar a participação e independência da criança, tendo paciência com ela?	+	-	+	-	+	-	-
	25 - A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?	+	-	+	+	+	-	-

**Quadro 3** – Alimentação.

As questões da área temática “Higiene” abordam 3 temas: “O desenvolvimento infantil”, “A saúde mental” e “Prevenção de agravos”.

	Áreas	Promovendo					Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio
		O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental	A alimentação saudável		
Higiene	26 - A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?	-	-	+	-	-	+	-
	27 - A família cuida da higiene da criança diariamente, incentivando sua participação até que consiga realizar essas atividades sozinha?	-	-	+	-	-	+	-
	28 - A criança tem oportunidades para aprender a controlar as micções e evacuações?	-	-	+	-	-	+	-

**Quadro 4** – Higiene.

A área temática “Saúde” aborda dois temas: “Prevenção de agravos” e “Famílias em situação de risco de apoio”.

	Áreas	Promovendo				Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio	
		O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental			A alimentação saudável
Saúde	29 - A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?	-	-	-	-	-	+	-
	30 - As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)	-	-	-	-	-	+	-
	31 - A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada) e a leva para os serviços de saúde?	-	-	-	-	-	+	-
	32 - A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?	-	-	-	-	-	-	+
	33 - A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?	-	-	-	-	-	+	-

**Quadro 5** – Saúde.

A área temática “Brincadeiras” apresenta 4 temas: “O afeto/vínculo”, “O desenvolvimento infantil”, “A saúde mental” e “Prevenção de agravos”.

	Áreas	Promovendo				Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio	
		O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental			A alimentação saudável
Brincadeiras	34 - O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?	+	-	+	+	-	+	-
	35 - A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?	+	-	+	+	-	+	-
	36 - A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?	+	-	+	+	-	+	-
	37 - A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?	+	-	+	+	-	-	-

Brincadeiras	38 - A criança tem oportunidades de brincar com brinquedos, livros, revistas, papel e lápis, material de sucata, para ler, desenhar, pintar, brincar, inventar, montar?	+	-	+	+	-	-	-
	39 - A família favorece a participação da criança em atividades da comunidade (fora de casa) como jogos, esportes, festas, passeios, reuniões religiosas?	+	-	+	+	-	-	-

Quadro 6 – Brincadeiras.

“Prevenção de acidentes” mostra 3 temas em suas questões: “O desenvolvimento infantil”, “Saúde mental” e “Prevenção de agravos”.

	Áreas	Promovendo					Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio
		O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental	A alimentação saudável		
Prevenção de acidentes	40 - O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios, cordão de chupeta, panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?	-	-	+	-	-	+	-
	41 - A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?	-	-	+	-	-	+	-
	42 - A criança tem lugares onde pode ficar e brincar, dentro e fora de casa, sem perigo de quedas, atropelamento, afogamento, violências?	-	-	+	-	-	+	-
	43 - A família ensina para a criança formas seguras de usar tesoura (sem-ponta)/garfo/faca, brincar com animais domésticos, atravessar a rua?	-	-	+	+	-	+	-

Quadro 7 – Prevenção de acidentes.

“Amor e segurança” compreende 5 temas: “O afeto/vínculo”, “O desenvolvimento infantil”, “A saúde mental”, “Prevenção de agravos” e “Famílias em situação de risco de apoio”.

Áreas	Promovendo					Prevenção de agravos	Famílias em situação de risco de apoio
	O afeto/vínculo	O aleitamento materno	O desenvolvimento infantil	A saúde mental	A alimentação saudável		
44 - A família mostra afeto pela criança conversando, aconchegando-a no colo, tocando-a com carinho, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?	+	-	+	+	-	+	-
45 - O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?	+	-	+	+	-	-	-
46 - A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?	+	-	+	+	-	+	-
47 - A família procura saber o que a criança fez no dia, o que aprendeu de novo, se ela tem alguma preocupação ou precisa de ajuda?	+	-	+	+	-	+	-
48 - A família combina com a criança sua participação nas atividades domésticas, levando em conta sua idade e suas capacidades?	+	-	+	-	-	+	-
49 - A família evita que a criança entre em contato com situações de brigas, violência e uso de drogas ou álcool?	-	-	-	+	-	-	+
50 - Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?	-	-	-	+	-	-	-

**Quadro 8** – Amor e segurança.**Discussão**

Cada conteúdo temático do caderno é representado por perguntas que revelam ao profissional uma visão de como se dá o cuidado a criança no ambiente doméstico. A partir das respostas, da rede de apoio social e de atenção em saúde, o profissional tem condições de intervir para buscar melhor cuidado. Isso se deve ao fato de ser um instrumento semiestruturado, o que possibilita explorar as questões, abordando detalhes e possibilitando ao aplica-

dor aprofundar as perguntas feitas às famílias.

O cruzamento entre as áreas temáticas Cuidados Familiares para Promoção da Saúde Infantil e as áreas temáticas do Health-led parenting interventions in Pregnancy and Early years, demonstrou convergência entre os tópicos como apresentado nos resultados a seguir descritos.

Os temas propostos pelo material têm consonância aos temas propostos pelo estudo de Barlow et al.<sup>3</sup>, indicando pertinência com as evidências.



O material é uma ferramenta para acompanhar o cuidado oferecido à criança pela família, e durante seu uso é possível captar situações favorecedoras e prejudiciais presentes no contexto familiar. Dessa forma, o profissional que faz uso do material pode dar seguimento correto aos problemas existentes ou enriquecer as boas práticas já existentes, ou seja, é eficaz não apenas para auxiliar famílias vulneráveis, mas também para fortalecer as famílias sem problemas aparentes.

Os conteúdos temáticos do material evidenciam questões que resultam importante sinergia em torno da PSI e da categoria resiliência, como se observa nas questões da área temática “Alimentação” apresenta 6 questões que abordam 6 temas: “O afeto/vínculo”, “O aleitamento materno”, “O desenvolvimento infantil”, “Saúde mental”, “Alimentação saudável” e prevenção de agravos”. A resiliência sustenta-se sobre alguns pilares, como autoestima consistente, fruto do cuidado afetivo dedicado à criança e ao adolescente, por parte de um adulto significativo e capacidade de se relacionar como habilidade para estabelecer vínculos com outras pessoas e equilibrar a necessidade de afeto<sup>11,8</sup>.

Outro conteúdo que demonstra esta sinergia é “Amor e segurança”, compreende 5 temas: “O afeto/vínculo”, “O desenvolvimento infantil”, “A saúde mental”, “Prevenção de agravos” e “Famílias em situação de risco de apoio”, que aborda a importância do afeto no desenvolvimento infantil. Relacionamentos protetores contínuos que fornecem segurança emocional, afeto e atenção são necessidades essenciais infantis, pois fornecem fundamentos para as capacidades emocionais, sociais e intelectuais do ser<sup>10</sup>.

O conteúdo temático “Brincadeiras” apresenta quatro temas: “O afeto/vínculo”, “O desenvolvimento infantil”, “A saúde mental” e “Prevenção de agravos”. O brincar eleva o potencial de resiliência,

ocupa um espaço importante na vida das crianças [...], pois garante a expressão de sentimentos, a formação de vínculos afetivos e a manutenção da esperança em um futuro melhor. E contribui para que as crianças superem as adversidades já enfrentadas e outras que estejam por vir, aumentando-lhes o potencial de resiliência<sup>4</sup>.

As brincadeiras infantis não são simplesmente passatempos e através delas as crianças aprendem sobre si mesmas, desenvolvem suas habilidades de movimento, de linguagem, de raciocínio e de interação com o mundo<sup>4</sup>.

Identificar os potenciais de desgaste e fortalecimento por meio das questões contidas nos Cuidados e, ao verificar os conteúdos temáticos mencionados, é possível inferir que o profissional de saúde pode estimular a resiliência e a promoção da saúde infantil com uso de tal instrumento.

A resiliência como uma categoria teórica que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde na atenção primária, a fim de fortalecer indivíduos que vivem situações adversas de sofrimento emocional e exclusão social. Como categoria prática do agir profissional, resiliência, implica “instrumentalizar as famílias a se reconhecerem como importantes no cotidiano de seus integrantes, valorizar o patrimônio (conjunto de recursos materiais e relacionais potenciais disponíveis) de que dispõem, resgatar seus direitos sociais, compreender as diferentes fases do ciclo de vida e valorizar o diálogo como ferramenta para exercitar a tolerância e respeitar as diferenças existentes entre seus integrantes”<sup>7</sup>.

Utilizando a categoria teórica “Resiliência” a ESF pode atuar fortalecendo os fatores de proteção e identificando os desgastes/fragilidades do indivíduo/família/comunidade, diminuindo assim a vulnerabilidade e fortalecendo o exercício da resiliência nos mesmos. Desse modo, é capaz de ajudar essas pessoas a romper o ciclo de sofrimento emocional e exclusão social e, conseqüentemente, desconstruir

a desesperança atrelada à dimensão de negatividade do processo de saúde-doença, promover saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

### Considerações finais

No processo de comparação e avaliação foram obtidos resultados satisfatórios para os conteúdos temáticos e os blocos de questões que os compõem. Os conteúdos foram identificados como positivos para o estímulo do cuidado prestado à criança pela família, que podem ser trabalhados pela ESF visando ao fortalecimento dos potenciais familiares para esses cuidados à criança, o que influencia sobremaneira na qualidade de vida e qualidade nos indicadores de saúde, bem como na práxis da PSI.

A avaliação do caderno da família demonstra interface com a categoria resiliência no contexto comunitário e individual, permitindo propostas de articulação de elementos teóricos para o cuidado.

### Referências

1. Ávila LK. A sistematização de um método de captação das necessidades de saúde dos adolescentes com base na promoção da saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
2. Bagozzi RP, Yi, Y, Phillips L. Assessing construct validity in organizational research. *Adm. Sci. Quart.*, Cornell University. 1991; (36): 421-436.
3. Barlow J, McMillan AS; Kirkpatrick S, Ghate D, Smith M, Barnes J. Health-led parenting interventions in pregnancy

and early years. London: Department for Children, Schools and Families; 2008. (Research report DCSF-RW070)

4. Chiesa AM, Benevides IA, Maricondi MA, Silva MCP, Veríssimo MDLOR, Neves LF et al. Toda hora é hora de cuidar. Caderno da equipe de saúde. 2. ed. rev. atua. ampl. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2013.
5. Chiesa AM, Fracoli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm-USP*, 2009; 43(esp.2):1352-1357.
6. Chiesa AM, Oliveira LF. Validação da ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde infantil, segundo evidências na literatura. 2005. [Monografia de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
7. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias de fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde. [Tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
8. Melillo A, Estamatti M, Cuestas A. Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia. In: Melillo A, Ojeda ENS (Comp.). *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós; 2006. p.83-91.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington (DC): OPAS; 2007.
10. Perez LC, Pereira APA. O acesso ao livre brincar: elevando o potencial de resiliência. *Psicol. Argum.* 2012; 30(69):265-274.
11. Secunho CF. Aproximações e distanciamentos entre os princípios da resiliência e a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott. *Psic. Rev.*, São Paulo. 2010; 19(1):119-145.
12. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA.* 2009; 301:2.252-2.259.
13. Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Development.* 2010; 81(1): 357-367.
14. Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *PNAS.* 2012;109(suppl 2):17302-17397.
15. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001. p.13-42.
16. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol. Estud.* 2003; 8(n.esp):75-84.

# A experiência do Primeira Infância Melhor (PIM) no Rio Grande do Sul

## The experience of the Better Early Childhood (PIM) in Rio Grande do Sul

Cândida Kirst Bergmann<sup>i</sup>  
Carolina de Vasconcelos Drügg<sup>ii</sup>  
Gisele Mariuse da Silva<sup>iii</sup>  
Kênia Margareth da Rosa Fontoura<sup>iv</sup>  
Lacy Maria Pires<sup>v</sup>  
Leila Maria de Almeida<sup>vi</sup>  
Sandra Silveira Nique da Silva<sup>vii</sup>

### Resumo

Política pública pioneira no Brasil, o “Primeira Infância Melhor” (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. Suas Modalidades de Atenção compreendem visitas domiciliares e atividades grupais realizadas semanalmente com famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, cujo objetivo é orientá-las, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 5 anos de idade. Desenvolvido desde 2003, tornou-se Lei Estadual em 3 de julho de 2006. Tem como referência o projeto cubano Educa a tu Hijo, do Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar (CELEP/Cuba), com quem estabeleceu cooperação técnica e metodológica para implantação. Fundamenta-se teoricamente nos pressupostos de Vygotsky, Piaget, Bowlby, Winnicott e Brunner, além dos recentes estudos da neurociência. Voltado para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano, tem como eixo de sustentação a comunidade, a família e a intersectorialidade. É uma referência para ações similares no país e um dos pilares para as iniciativas previstas na Ação Brasil Carinhoso, do governo federal, sendo reconhecido como uma das tecnologias sociais mais importantes para o cuidado com a infância na América Latina.

**Palavras-chave:** Primeira Infância; Intersetorialidade; Família.

### Abstract

The pioneering public policy in Brazil, “Better Early Childhood” (PIM) is a cross-action to promote the integral development of early childhood. Its Attention Modalities include home visits and group activities conducted weekly with families at risk and social vulnerability, which aims to guide them from their culture and experiences, so they can promote the integral development of their children from pregnancy up to five years. It was developed since 2003, and became State Law on July 03, 2006. It has as reference the Cuban project “Educa a tu Hijo”, of the Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar (CELEP/Cuba), with which established technical and methodological cooperation for deployment. It is based on theoretical assumptions of Vygotsky, Piaget, Bowlby, Winnicott and Brunner, in addition to recent studies of Neuroscience. Aimed at the full development of the human physical, intellectual, social and emotional capabilities, it has as a support shaft, the Community, Family and the Inter-sectoral approach. It is a reference for similar actions in the country and one of the pillars of the initiatives foreseen in the Affectionate Brazil Action of the Federal Government, being recognized as one of the most important social technologies for child care in Latin America.

**Keywords:** early childhood, Inter-sectoral approach, family.

<sup>i</sup> Cândida Kirst Bergmann (candida-kirst@saude.rs.gov.br) é assistente social, especialista em Impactos da Violência na Saúde. Atua como supervisora no Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

<sup>ii</sup> Carolina de Vasconcelos Drügg (carolina-drugg@saude.rs.gov.br) é pedagoga, mestre em Educação, especialista em Psicopedagogia e em Gestão de Políticas e Projetos Sociais e Culturais. Atua como supervisora no Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

<sup>iii</sup> Gisele Mariuse da Silva (gisele-silva@saude.rs.gov.br) é nutricionista, especialista em Gestão em Saúde. Atua como consultora técnica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), coordenadora adjunta no Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

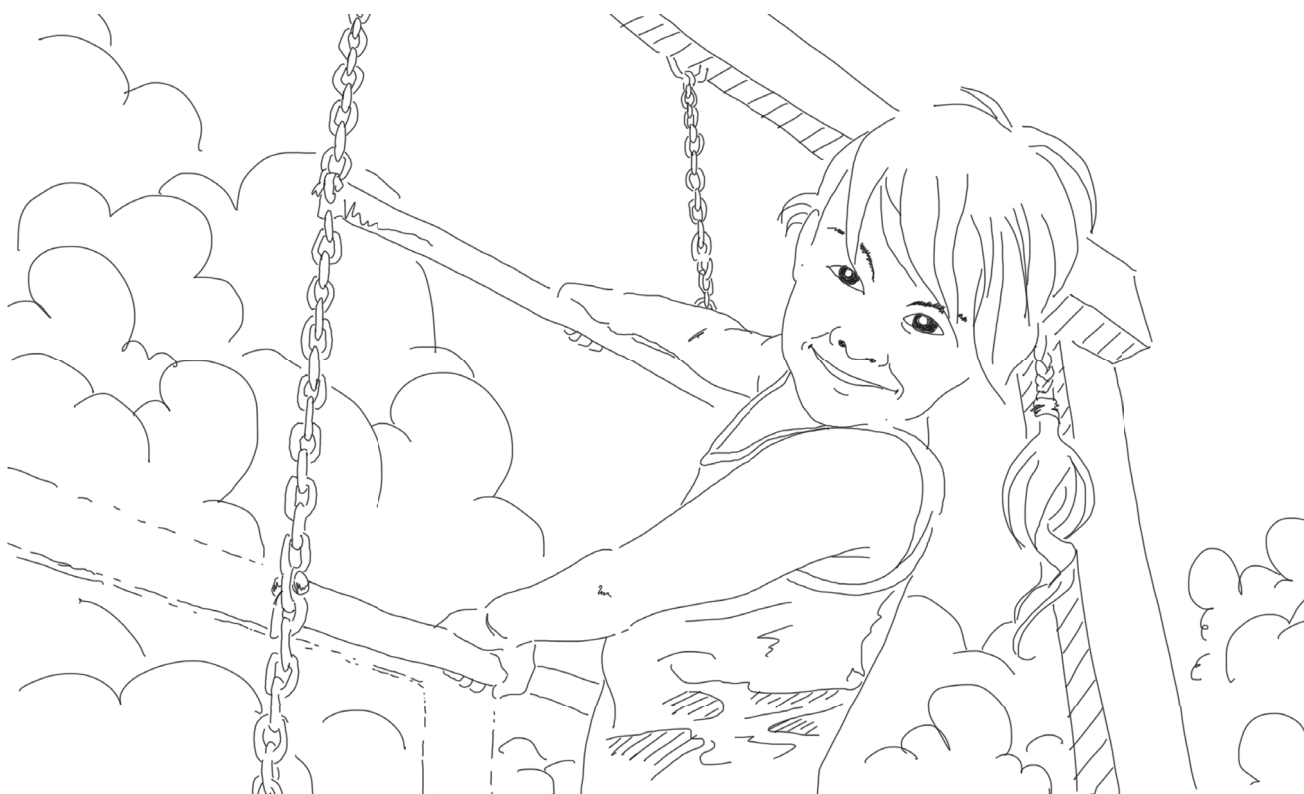
<sup>iv</sup> Kênia Margareth da Rosa Fontoura (kenia-fontoura@saude.rs.gov.br) é psicóloga, especialista em Gestão do Capital Humano e Impactos da Violência na Saúde. Atua como consultora técnica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), supervisora no Programa Primeira

Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

<sup>v</sup> Lacy Maria da Silva Pires (lacy-pires@saude.rs.gov.br) é psicóloga, especialista em Gestão Pública em Saúde e Ciências Sociais Aplicadas. Atua como consultora técnica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), supervisora no Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

<sup>vi</sup> Leila Almeida (leila-almeida@saude.rs.gov.br) é assistente social, especialista em Terapia Familiar. Atua como consultora técnica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), coordenadora-geral do Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

<sup>vii</sup> Sandra Silveira Nique da Silva (sandra-nique@saude.rs.gov.br) é pedagoga, especialista em Supervisão Escolar e Educação Infantil. Atua como consultora técnica da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), supervisora no Programa Primeira Infância Melhor/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.



### Introdução

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) integra a política de governo do Estado do Rio Grande do Sul para a promoção do desenvolvimento integral da primeira infância. Sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, e com apoio das secretarias da Educação, da Cultura, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, da Justiça e dos Direitos Humanos e do Gabinete de Políticas Sociais, o PIM reflete na sua concepção, implantação e evolução o reconhecimento das singularidades e da importância do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Implantada em 2003, a iniciativa passou a ser uma política pública no Rio Grande do Sul a partir de 2006, com a promulgação da Lei Estadual nº 12.544<sup>2</sup>, aprovada por unanimidade na Assembleia Legislativa do Es-

tado e alterada, posteriormente, através da Lei nº 14.594/2014<sup>3</sup>.

O Programa tem como objetivo orientar as famílias, através de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças da gestação aos 5 anos de idade.

Através de visitas domiciliares e atividades comunitárias realizadas semanalmente por visitantes exclusivos para o trabalho do PIM, atua na promoção do fortalecimento das competências familiares para o cuidado e educação das crianças, com foco no estímulo dos aspectos emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

A metodologia do PIM tem como referência o programa cubano *Educa a Tu Hijo*, que oferece alternativas de educação para as crianças, principalmente em zonas rurais do país, através de orientação e apoio às famílias. Reconhecido pelo Fundo



das Nações Unidas para a Infância (Unicef) como uma prática de êxito e de possível replicação na América Latina, o modelo cubano serviu de inspiração para a criação do PIM. Sua implantação foi viabilizada com base em uma cooperação técnica firmada entre o Centro de Referência Latinoamericano para la Educación Preescolar (CELEP) de Cuba e a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Uma equipe técnica em nível estadual recebeu consultoria técnica, durante três anos, de modo a adequar a proposta cubana à realidade gaúcha.

Fundamenta-se teoricamente nos pressupostos de Lev Vygotsky, Jean Piaget, John Bowlby, Donald W. Winnicott e Jerome Brunner, além de diversos e recentes aportes de estudos da neurociência<sup>1</sup>. Os autores supracitados corroboram para o embasamento dos estudos e das ações práticas do PIM, uma vez que seus postulados preconizam

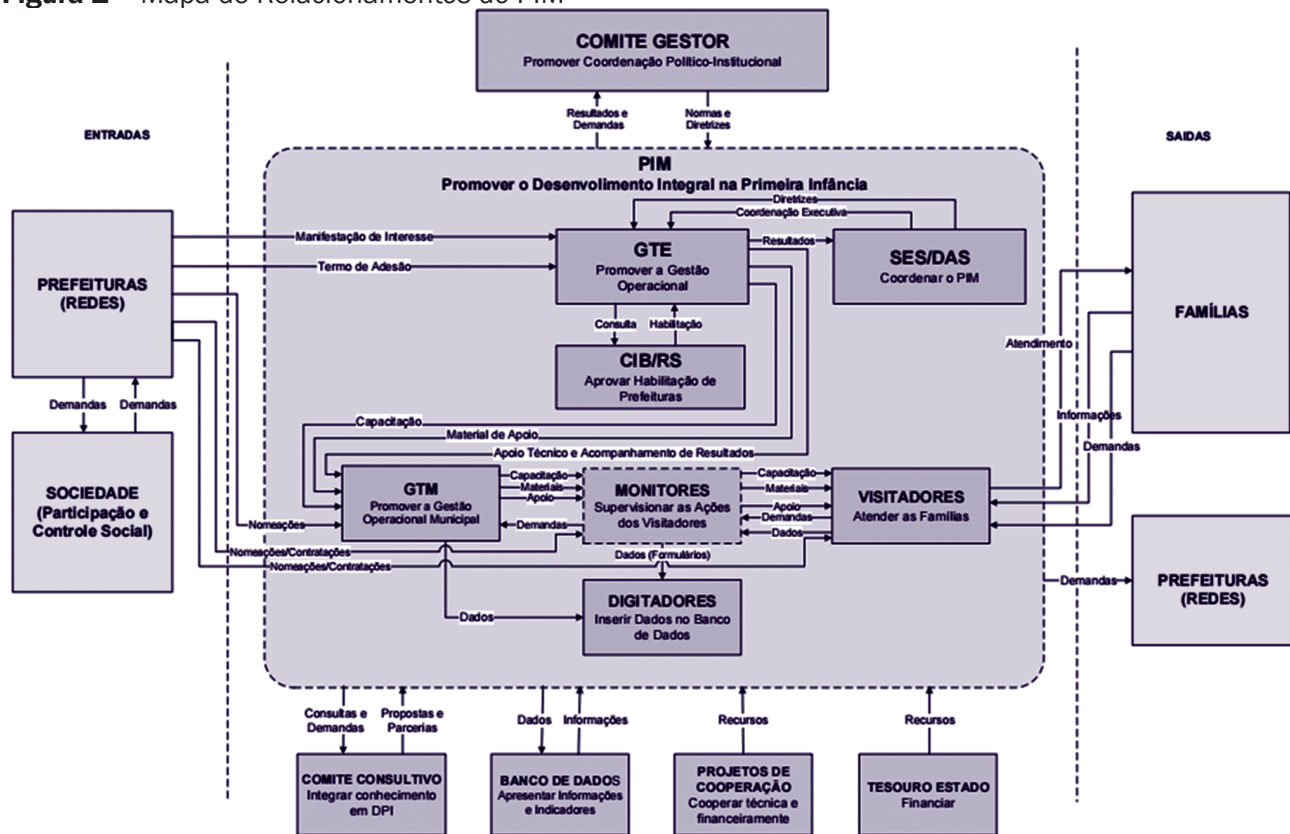
questões relevantes para o desenvolvimento da primeira infância como a importância do vínculo mãe/bebê e do ambiente facilitador à vida, do apego seguro que promove sentimento de segurança, bem como das interações do sujeito, seu meio e as relações sociais advindas deste processo.

### Estrutura e funcionamento do PIM

O mapa de relacionamento do PIM possibilita uma representação gráfica do fluxo operacional e da inter-relação entre os diferentes processos de trabalho que integram a estrutura e funcionamento da política.

As prefeituras municipais são corresponsáveis pela execução da política articulando, prioritariamente, as ações em rede das secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social.

Figura 1 – Mapa de Relacionamentos do PIM<sup>4</sup>





Sua estrutura na gestão estadual conta com um Grupo Gestor Intersetorial, formado por integrantes das secretarias supracitadas. Responsável pelo aporte político institucional, o Grupo Gestor contribui para o alcance das metas e diretrizes gerais fixadas para sua implementação, reunindo-se periodicamente, conforme metodologia e fluxos predeterminados.

**Figura 2** – Representação das Equipes PIM



O Grupo Técnico Estadual (GTE) representa o grupo gestor do programa, responsável pelas estratégias de implantação e implementação do PIM, pelo monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, pela formação e apoio das equipes municipais e pela articulação da Rede de Serviços Estadual. Este grupo é composto por técnicos com formação superior nas áreas Social, da Saúde e da Educação e por representantes das Coordenadorias Regionais da Saúde e da Educação<sup>4</sup>.

Nos municípios, as equipes são compostas pelo Grupo Técnico Municipal (GTM), pelos monitores e pelos visitantes. O GTM é composto por representantes das secretarias municipais envolvidas com o Programa, com participação, minimamente, das secretarias da Saúde, Educação e Desenvolvi-

mento Social. Este grupo é responsável por gerenciar as ações do PIM no município, de forma contextualizada com as características locais. Ele monitora e avalia as ações desenvolvidas, seleciona e capacita monitores e visitantes, identifica as famílias para atendimento e articula a rede de serviços municipal.

*Os integrantes do GTM reúnem-se periodicamente para trabalhar questões de natureza técnico-administrativa sobre capacitação de monitores, contratação de visitantes, articulação com a rede de serviços e sensibilização de gestores e de segmentos da sociedade para o programa e seus objetivos. Nessas reuniões também são realizados o planejamento didático-pedagógico e o assessoramento aos monitores e visitantes quanto às atividades junto às famílias, além do acompanhamento e avaliação das ações do PIM.<sup>5</sup>*

Os monitores são responsáveis pela interlocução entre os visitantes, o GTM e a Rede de Serviços nas Comunidades e pela supervisão das ações dos visitantes. Eles capacitam, acompanham e avaliam o trabalho destes junto às famílias. Os visitantes planejam e executam o atendimento domiciliar e grupal às famílias. Também são responsáveis pelo acompanhamento dos ganhos em desenvolvimento das famílias, gestantes e crianças sob sua responsabilidade. O número máximo de famílias atendidas pelos visitantes corresponde à sua carga horária de contratação, variando de 14 a 20 famílias por visitante.

As ações do PIM no município devem ser apoiadas pelos gestores e também pelo Comitê Municipal, formado por entidades governamentais e não governamentais, associações de classes, de bairros, comerciais e religiosas, fundações e demais instituições da sociedade civil organizada. O Comitê tem a responsabilidade de articular a cooperação dos diferentes serviços voltados ao desenvolvimento infantil existentes no município,

além de promover a mobilização social pela causa da primeira infância, propondo estratégias de aprimoramento e divulgação das ações desenvolvidas.

Toda a estrutura do PIM é voltada ao fortalecimento da atenção dedicada às famílias, através da articulação das iniciativas de diferentes atores sociais, da sensibilização e formação permanente dos profissionais envolvidos, além da avaliação constante dos ganhos obtidos, a partir de sua proposta de intervenção.

### **Modalidades de atenção**

A atenção dedicada às famílias do PIM é realizada por meio das **modalidades de atenção individual e grupal**, complementadas pela abordagem comunitária. O planejamento das modalidades de atenção considera o contexto cultural, as experiências, as necessidades, os direitos e os interesses das famílias, gestantes e crianças. Sua execução ocorre a partir de atividades lúdicas com base em uma concepção ampliada de saúde e de cuidado integral, ocasião em que são abordados aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais do desenvolvimento infantil.

A modalidade de atenção individual é destinada às famílias com crianças de zero a 3 anos, bem como às gestantes vinculadas ao programa. A modalidade individual dirigida às crianças é semanal e, às gestantes, é quinzenal. Ambas são realizadas na residência da família, com duração de, aproximadamente, uma hora.

A modalidade de atenção grupal é dirigida às famílias com crianças de 3 a 5 anos e 11 meses de idade, bem como às gestantes. A modalidade grupal com crianças é semanal e a das gestantes é mensal. Ambas são realizadas em espaços coletivos da comunidade, com duração média de uma hora.

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.

Entre as ações desenvolvidas pela política, se destacam:

- a) promoção de atividades lúdicas que qualificam as relações familiares e comunitárias que contribuem para o desenvolvimento pleno das capacidades físicas, intelectuais, sociais e emocionais do ser humano;
- b) elaboração conjunta de planos singulares de atenção e cuidados às famílias com as equipes de atenção básica em saúde, de educação e proteção social básica;
- c) apoio à busca ativa de gestantes para encaminhamento ao pré-natal, bem como na identificação de crianças em situação de risco e violência;
- d) incentivo ao aleitamento materno e à nutrição saudável das gestantes e crianças;
- e) promoção da atenção e vigilância em saúde;
- f) colaboração para a redução da mortalidade materna e infantil;
- g) fortalecimento das orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos, atenção humanizada à gestação, parto e puerpério;
- h) contribuição para a garantia dos direitos da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- i) promoção da cidadania, por meio de orientações sobre os direitos e as responsabilidades da convivência familiar e comunitária.

### **Política pública inovadora**

A singularidade do PIM enquanto prática realizada junto à família, em sua comunidade, considerando sua história, realidade e contexto, extrapola a concepção de mera ação pedagógica não institucional.

Sua representatividade, como ação efetiva na promoção do desenvolvimento infantil, há 12 anos, vem influenciando o panorama social, político e econômico da população de famílias em situação de vulnerabilidade. O caráter subjetivo de suas atividades, a metodologia e a sistematicidade do acompanhamento a distinguem enquanto política, creditando-lhe reconhecimento e valor junto às mais diversas frentes de trabalho e/ou atenção, com interesses voltados a esta causa.

A família constitui espaço primordial privilegiado na efetivação das ações do PIM. É entendida como lugar de promoção de potencialidades, em que seus elementos figuram a informalidade nas relações que possam estar firmadas através de laços de parceria e afeto, mais que enquadradas em papéis sociais enrijecidos por normas e imposições incoerentes e, até mesmo, rígidas. Amor, afeto e carinho são os quesitos indispensáveis aos pais e cuidadores, cuja responsabilidade inclui a acolhida de orientações para estimularem seus filhos. O desenvolvimento de suas competências familiares caminha lado a lado com o resgate da confiança, autoestima e segurança para assumirem o protagonismo pelo cuidado, a proteção e educação de seus filhos. A ludicidade é o recurso escolhido para viabilizar o sucesso de sua prática. O brincar exerce função indispensável no desenvolvimento das atividades que dão sustentabilidade ao PIM.

A característica intersetorial incluída em sua proposta viabiliza não apenas importantes articulações de parcerias, mas a potencialização destas. No PIM, esta estratégia se traduz pela integração de secretarias de Estado e municípios relacionadas mais diretamente aos compromissos ligados à Saúde, Assistência Social, Educação, Cultura e outras mais que possam aderir. Unidas pela causa comum, devem compartilhar uma gestão consistente, responsável e apoiadora. A presença des-

sas representações administrativas na gestão do programa supõe não apenas a contribuição sob a forma de ações voltadas à primeira infância, mas também o aporte financeiro para viabilização destas. O caráter político-administrativo que faz parte da intersetorialidade está relacionado à capacidade de visão, decisão, vontade política e determinação dos gestores públicos para investir em ações para a primeira infância.

O resultado deste movimento é o maior acesso e resolutividade às demandas advindas das famílias, cujas dificuldades elevam e ampliam os níveis de fragilidade, de modo geral. Tal situação representa fator de grande preocupação para gestores públicos comprometidos com o bem-estar e o desenvolvimento humano.

A Atenção Básica e suas políticas de promoção de saúde e prevenção encontram natural afinidade com os objetivos do PIM. Sem envolver especificidades, traz o foco da captação precoce de gestantes e da atenção e cuidado aos bebês como preponderantes para o sucesso de parte de seus resultados. A capacidade de articular e empreender ações conjuntas a partir da perspectiva de ações transversais, igualmente desafia e instiga suas pretensões de acessibilidade junto às famílias com gestantes e crianças em estado de vulnerabilidade.

O PIM utiliza como recurso de implementação uma pedagogia não institucional, que coloca na ludicidade sua aposta de sucesso. Os ganhos de desenvolvimento infantil resultantes da ação ativadora das competências familiares para orientar suas próprias crianças, com protagonismo e responsabilidade é, sem dúvida alguma, o grande diferencial deste projeto. Além disso, as afinidades das ações do PIM com as diversas áreas do conhecimento representam incontáveis possibilidades de parcerias para o incremento de tecnologias sociais importantes, principalmente, no universo da gestão pública.

### Desafios enfrentados

A capacidade de concretização desta política pública inclui aspectos diversos da realidade social, política e econômica dos municípios. São questões administrativas e legais que fazem parte do contexto da gestão municipal e estadual, por onde transitam suas especificidades. A ausência de leis específicas, que ofereçam respaldo efetivo para as questões de contratação dos visitantes domiciliares, representa um grande entrave administrativo aos gestores. O suporte legal do PIM ainda não teve seu complemento em leis suficientemente abrangentes que possam responder com suficiência às exigências dos Tribunais de Contas.

A superação de práticas fragmentárias na atenção a essas populações é outro fator de grande relevância na perspectiva da executabilidade das ações. Mais uma vez, o recurso da intersectorialidade vem acrescentar conteúdo e sentido à prática proposta. Sabe-se que o universo da política, ao mesmo tempo que viabiliza práticas facilitadoras, pode dificultar a concretização de ações, programas ou projetos, considerando-se, neste caso, o necessário compartilhamento para gestão das pastas que compõem a Administração de um município, por exemplo. Nem sempre as afinidades ideológicas contribuem para uma composição produtiva.

A instabilidade política causada pelas mudanças provocadas pelo ciclo eleitoral em nível de Estado e municípios, ocorridas a cada dois anos, alternadamente, interfere sobremodo nas prioridades e diretrizes orçamentárias das respectivas instâncias de gestão, impactando sobre a dinâmica de funcionamento do Programa e provocando a impermanência das estratégias então definidas. A realidade e contexto social, político e administrativo da qual é objeto, levando-se em conta o panorama político nacional, a transitividade dos programas, a gestão dos sistemas que pretendem dar sustentabilidade a projetos desta ordem, e ainda, as diferenças nas

estruturas municipais que devem executar o trabalho na ponta, são igualmente fatores interferentes no desenvolvimento e gestão do PIM.

Outra questão desafiadora na realização desta política pública são as diferenças em relação ao contexto sociocultural, histórico e étnico da população de cada município. Sendo esta uma experiência subjetiva em sua integralidade e essência, é natural que o singular em cada um seja não apenas respeitado, mas, sobretudo, valorizado e devidamente explorado enquanto via de acesso ao universo do outro. Assim, ajustar os objetivos de uma metodologia levando em conta tais diferenças de realidade e vivência, demanda uma apropriação ótima da metodologia e dos conteúdos que dão substância à aplicação prática desta. Para tanto, estudos sistemáticos sobre desenvolvimento infantil e demais temas afins são indispensáveis à equipe de gestão e visitantes do PIM. Para estes últimos é fundamental que, além de conhecimentos, tenham uma definida aptidão para o trabalho com crianças e famílias, além de perfil adequado, pautado por uma necessária postura ética, cuja base seja coerente com valores humanos e de cidadania. A seleção adequada dos visitantes domiciliares é outro fator que interfere significativamente no bom desenvolvimento do programa.

A temática da diversidade, cujo foco as políticas nacionais têm distinguido enquanto necessário e urgente, igualmente encontra espaço assegurado nas ações do PIM, que se coloca ajustado às políticas de inclusão, levando em conta as diferenças culturais e étnicas, reconhecidamente abundantes no Estado. Tal agregação contribui para a revitalização das culturas a partir das próprias comunidades, promovendo o fortalecimento da autoestima e da identidade étnico-racial. No entanto, contemplar de modo justo e satisfatório as múltiplas peculiaridades demandadas deste lugar constitui desafio igualmente importante.

A superação dos grandes desafios que fazem parte da seara “promoção de vida saudável”, principalmente aos mais necessitados, é um compromisso nosso, e extrapola o sentido comum de política social para alcançar os abrangentes laços de humanidade e consciência cidadã, que cabem a cada um de nós.

### Avaliações do PIM

Desde sua implantação, o PIM passou por três avaliações externas. Em 2010, o Centro de Referência Latinoamericano para la Educación Preescolar de Cuba (CELEP), desenvolveu um estudo de intervenção envolvendo 16 municípios do Estado. Nele, foi possível conhecer os resultados do PIM em diferentes dimensões de sua execução. Em especial, verificou-se o impacto no desenvolvimento

das crianças atendidas pelo Programa em comparação com aquelas que não haviam recebido nenhum tipo de intervenção educativa. Também foi possível confrontar os ganhos em desenvolvimento das crianças PIM no momento do corte avaliativo em relação com os ganhos apresentados em sua entrada no Programa. No total, participaram 772 crianças PIM e 148 crianças não PIM.

As crianças participantes do PIM atingiram percentuais mais elevados no que diz respeito ao alcance de atitudes relacionadas às dimensões socioafetiva, cognitiva, motora e da linguagem que as crianças não participantes do PIM. Análises estatísticas mostraram que essas diferenças foram significativas. Da mesma forma, foi comprovado que os percentuais atingidos pelas crianças após a participação no Programa foram significativamente maiores que aqueles encontrados na linha de base.

**Quadro 1** – Resumo dos resultados encontrados (CELEP/2010)

Comparativo entre o desempenho das crianças do PIM e das crianças do grupo controle		Comparativo entre desempenho apresentado pelas crianças PIM na linha de base e no corte avaliativo	
Dimensões do desenvolvimento	Diferença apresentada pelas crianças PIM (%)	Dimensões do desenvolvimento	Evolução apresentada (%)
Socioafetiva	16,36	Socioafetiva	13,8
Motora	23,36	Motora	20,26
Cognitiva	8,04	Cognitiva	10,59
Linguagem	10,24	Linguagem	14,88

Aplicado pela Universidade McMaster, do Canadá, a avaliação do PIM, em relação à prontidão para a escola de crianças entre 4 a 6 anos, utilizou o instrumento *Early Development Instrument (EDI)*, uma medida do desenvolvimento infantil saudável no período de entrada das crianças na escola. Construído no Canadá pela Dra. Magdalena Janus e pelo Dr. Dan Offord, no Offord Centre for Child Studies (OCCS) na Universidade McMaster, o EDI foi adaptado para uso no Rio Grande do Sul como uma medida de avaliação do PIM.

O plano amostral deste estudo foi desenvolvido por Rodrigo Pinto, sob a orientação do Dr.

James Heckman. Envolveu oito municípios do Rio Grande do Sul, abrangendo 670 crianças com idade entre 4 e 6 anos em seu 1º ano de escola (433 do grupo PIM e 237 do grupo controle). Nas famílias e crianças atendidas pelo PIM foi verificada uma diferença significativa na participação dos pais na vida escolar das crianças; redução da vulnerabilidade à aprendizagem das crianças nascidas de mães com baixo nível de escolaridade; redução da vulnerabilidade à aprendizagem, especialmente entre os meninos e maior impacto no desenvolvimento das crianças que participaram do PIM durante mais de dois anos.



Em fase de conclusão, a Avaliação para Melhora da Relação Custo-Efetividade, Qualificação e Expansão do PIM, desenvolvida pela Fundação Getúlio Vargas, teve como objetivo favorecer a elaboração de mecanismos de acompanhamento, monitoramento e aferição de impacto do PIM, de forma a produzir recomendações para o aperfeiçoamento da gestão de políticas públicas na área de atendimento à primeira infância. O desenvolvimento desse estudo contemplou entrevistas e grupos focais com diferentes atores do Programa. Na etapa quantitativa da avaliação, foram entrevistadas 1.600 famílias de 39 municípios. Os resultados desta fase revelaram que, com relação à percepção das famílias atendidas sobre o PIM, 92% possuem alto grau de confiança no programa; 87% verificam impacto positivo no seu protagonismo (preparo para cuidar e educar); 94% identificam impacto no desenvolvimento integral de suas crianças e 95% acreditam que as orientações do PIM contribuem para a melhora das condições de vida da criança no futuro.

### **Referência metodológica no cuidado com a primeira infância**

Os processos de aprimoramento do programa por meio de suas avaliações e lições aprendidas nas práticas cotidianas contribuíram para o acúmulo de saberes, traduzidos em ferramentas e métodos de trabalho que consolidaram o reconhecimento do PIM enquanto tecnologia de desenvolvimento e transformação social. Admitido como uma ação inovadora e com efeitos significativos, o Programa tem sido constantemente solicitado a expor sua experiência no Brasil e em diversos países do mundo.

Em 2012, o Ministério da Saúde (MS) passou a utilizar a metodologia do Programa como base para o desenho de projetos-piloto de visita domiciliar com vistas ao estímulo do desenvolvimento da primeira infância, em diferentes regiões do país, com

apoio técnico da equipe do PIM. Dois exemplos são as iniciativas Cresça com seu Filho, de Fortaleza/CE, e São Paulo Carinhosa, da cidade de São Paulo/SP. Ambos os projetos visam a instrumentalizar e qualificar as ações dos agentes comunitários de Saúde sobre o desenvolvimento da primeira infância, em conformidade com o modelo de abordagem do PIM. Em parceria com o MS, o PIM colaborou na elaboração da nova Caderneta da Criança e na elaboração de formações para as equipes de Atenção Básica sobre a temática do desenvolvimento infantil. Também influenciou a construção do Eixo Desenvolvimento na Primeira Infância da Política Nacional de Saúde da Criança, aprovada em 2014.

Várias cidades e estados brasileiros têm buscado mais informações sobre esta política pública. Atualmente, encontra-se em pleno exercício de cooperação técnica e metodológica com os municípios de Vila Velha/ES e Munhoz de Melo/PR. Além disso, é referência para o Projeto Primeira Infância Ribeirinha, que atua junto às comunidades ribeirinhas no estado do Amazonas.

A importância deste trabalho tem conquistado respeito, valor e apreço por parte de gestores públicos e técnicos, que percebem na singularidade desta política o potencial de mudança na estrutura social, afetiva e humana das famílias e comunidades em situação de risco e vulnerabilidade.

### **O futuro sendo construído no presente**

O PIM vem possibilitando a construção de uma nova história na vida de todas as crianças e famílias atendidas, com o apoio das comunidades e de todos os setores envolvidos, com reflexos para essa mesma comunidade. Guiado por princípios éticos e democráticos, reconhecendo a importância da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, ao promover a saúde e o desenvolvimento das crianças atendidas, o PIM favorece o

seu crescimento, e aumenta as chances de um processo de educação e de formação de qualidade. Consequentemente contribui para um futuro produtivo e bem-sucedido, prevenindo e minimizando problemas de desenvolvimento e de aprendizagem, bem como os riscos de evasão escolar, violência, conflitos com a lei, entre outros.

Em um país com problemas tão importantes e complexos como o Brasil, de desigualdades sociais extremas, violência, falta de segurança e desrespeito aos direitos humanos mais elementares, investir na primeira infância constitui-se em uma estratégia política da mais alta relevância. Seus resultados no curto, médio e longo prazo, para além da história individual de cada criança, contribuem para mudar os rumos do país.

#### Referências

1. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Programa Primeira Infância Melhor: guia da família. 5.ed. Porto Alegre: Companhia Rio-grandense de Artes Gráficas; 2012.
2. Rio Grande do Sul. Lei Estadual 12.544 de 3 de julho de 2006. Institui o Programa Primeira Infância Melhor. Diário Oficial do Estado, 4 jul. 2006. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul; 2006.
3. Rio Grande do Sul. Lei 14.594 de 28 de agosto de 2014. Introduz modificações na Lei Estadual 12.544. Institui o Programa Primeira Infância Melhor. Diário Oficial do Estado, 29 ago. 2014.
4. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Primeira Infância Melhor - PIM. [acesso em 29 mar 2015] Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/quem-participa/>
5. Schneider A, Ramires V. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília: Unesco; 2007.

# O Primeira Infância Melhor como modelo de acolhimento na atenção básica em saúde

## **Better Early Childhood Program as an user embracement model in Primary Health Care**

Giuliana Chiapin<sup>i</sup>

Rochelli Colossi<sup>ii</sup>

### **Resumo**

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma política pública do Rio Grande do Sul de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da Atenção Básica em Saúde. O objetivo é 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. O PIM tem como pressuposto que o desenvolvimento infantil é um processo complexo, que envolve diversas dimensões e, por isso, a família, o ambiente da criança e a comunidade são elementos de fundamental importância. Nesse sentido, a promoção de vínculos entre a criança e a família, crianças/famílias e comunidade, criança/famílias e serviços municipais, equipe do PIM entre si e com demais serviços são essenciais para a criação de um ambiente de confiabilidade propício ao desenvolvimento saudável. Sendo assim, o PIM não apenas dispara práticas de proteção e cuidados efetivos e resolutivos como também insere a participação cidadã das famílias e comunidades, corresponsabilizando-as na promoção da saúde. O presente trabalho tem por objetivo apresentar esta política pública como um modelo de sucesso da aplicação do conceito de acolhimento às famílias, conforme proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH), além do impacto na articulação da rede de serviços, tendo em vista que a intersetorialidade é um princípio básico do Primeira Infância Melhor.

**Palavras-chave:** Primeira Infância; Atenção Básica; Acolhimento.

### **Abstract**

Better Early Childhood program (PIM) is a public policy of Rio Grande do Sul to promote child development and strengthening of the Primary Health Care. The aim is to guide families from their culture and experiences, in order to promote the integral development of their children, from pregnancy to six years old. The PIM presupposes that child development is a complex process that involves several dimensions and therefore the family, the child's environment and the community are elements of fundamental importance. In this sense, the promotion of relationship between the child and the family, children/families and community, children/families and municipal services, the PIM team with each other and with other services are essential for creating a reliable environment conducive to a healthy development. Thus, the PIM not only triggers protection practices and effective and resolute care, but also inserts the citizen participation of the families and communities, making them jointly responsible for health promotion. This work aims at presenting this Public Policy as a successful model of the concept implementation of family embracement, as proposed by the National Humanization Policy (PNH), apart from the impact on the articulation of network services, considering that the intersectorial approach is a basic principle of Better Early Childhood.

**Keywords:** early childhood, primary care, user embracement

<sup>i</sup> Giuliana Chiapin (giuliana-chiapin@saude.rs.gov.br) é psicóloga e mestre em Saúde Mental e Desenvolvimento Infantil.

<sup>ii</sup> Rochelli Colossi (rochelli-colossi@saude.rs.gov.br) é psicóloga e mestranda em Docência Universitária.



### **A política pública Primeira Infância Melhor**

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da Atenção Básica em saúde. É uma política pública que envolve todas as dimensões humanas, trabalhando em suas raízes a integralidade da primeira infância. O objetivo é orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 6 anos de idade.

O PIM foi uma iniciativa inovadora do governo do Estado do Rio Grande do Sul criada no ano de 2003. Em 3 de julho de 2006, tornou-se uma política pública, através da Lei Estadual 12.544/2006. No fim de 2010, o PIM passou a integrar o Departamento de Ações em Saúde do Estado (DAS), com o

objetivo de fortalecer a atenção básica através da intersetorialidade e da transversalidade e atualmente compõe, com a Rede Cegonha, um dos projetos prioritários da Secretaria Estadual de Saúde/RS.

Na sua gestão participam as Secretarias Estaduais de Educação, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Social, Justiça e Direitos Humanos, sob a coordenação da Saúde. Desta forma, o PIM é uma demonstração concreta de como equacionar o desafio da atenção integral, promovendo uma ação articulada entre diferentes áreas, em benefício das crianças, gestantes e famílias em situação de maior vulnerabilidade social.

O PIM se organiza a partir de uma parceria entre estado, municípios e instituições não governamentais que aderem a esta política. De acordo com este modelo, as prefeituras são corresponsáveis pela execução do PIM, articulando, prioritariamente,

te, as ações das secretarias da Saúde, Educação e Assistência Social. Atualmente, dos 497 municípios do Estado, 267 já aderiram ao PIM. Através das atividades realizadas por 2.757 visitantes, são atendidas 55.140 famílias, acompanhadas 8.271 gestantes e beneficiadas 60.654 crianças<sup>7</sup>.

Outro aspecto importante e diferencial é que o PIM se estrutura em torno de três eixos: a família, a comunidade e a intersetorialidade.

A família é considerada um agente competente, ativo e coparticipativo. Respeitando e considerando as experiências e a cultura das famílias atendidas no planejamento de suas ações (a partir de um modelo não paternalista ou assistencialista de ação), os visitantes levam, semanalmente, atividades planejadas de acordo com a necessidade de cada família, compartilhando o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, incentivando à reflexão, o olhar para as crianças identificando suas potencialidades, suas características, dificuldades, promovendo o cuidado adequado a seus filhos. Sendo assim, através do PIM as famílias têm acesso a informações e vivências essenciais para o favorecimento dos cuidados e da educação de suas crianças.

Da mesma forma, a comunidade é um eixo central do PIM. A comunidade é concebida como um espaço fundamental de potencialidades, recursos humanos, materiais e institucionais. Os costumes, tradições, produções culturais são extremamente respeitadas e incluídas nas atividades propostas.

Principalmente quando o assunto é primeira infância e cuidado as famílias, indispensável a articulação de todos os setores envolvidos. Guiado por esses princípios, o PIM toma a criança e a família como unidade de análise e de intervenção para sua formulação, com base na integração dos diferentes níveis de governo, articulando as famílias e a sociedade civil às ações governamentais.

A intersetorialidade se define como um conjunto articulado de ações em rede de apoio à ges-

tante, à criança de zero a 6 anos e às suas famílias. Nesta articulação ficam preservadas as especificidades de cada secretaria, o incentivo para implementação de programas e para a complementaridade da rede de forma a integrar um conjunto de atividades que estejam em sintonia e que possam ir ao encontro das demandas do público-alvo. Para o próprio Executivo Estadual, eleger a primeira infância como prioridade se tornou um eixo integrador de políticas públicas, e essa integração é, sem dúvida, um dos fatores de maior sucesso do PIM.

Em termos de funcionamento, a gestão do PIM é exercida pelo Grupo Técnico Estadual (GTE), que é integrado por técnicos das secretarias envolvidas e por representantes das Coordenadorias Regionais. O GTE elabora as estratégias de implantação e implementação do Programa, assessora, monitora, capacita e avalia cada Grupo Técnico Municipal (GTM), os monitores e os visitantes do PIM. O GTM é integrado por representantes de cada secretaria municipal envolvida no Programa, e é ele quem gerencia o PIM no município. O GTM é o responsável pela organização, planejamento, execução e acompanhamento da capacitação dos visitantes e monitores e das ações de implantação e implementação do PIM, estabelecendo uma sistemática de ação contextualizada e adequada às características de cada município e comunidade. O GTM é também quem seleciona as famílias que serão beneficiadas pelo Programa.

A atenção dedicada às famílias participantes é realizada por meio de modalidades de atenção individual e grupal, realizadas de forma lúdica pelos visitantes. Os visitantes são figuras centrais no PIM, já que são eles quem, semanalmente, trabalham com as famílias em suas casas. O visitante é um importante elo entre a família atendida e todos os demais programas sociais existentes no município. Em municípios com mais de cinco visitantes existe ainda a figura do monitor, que é quem acompanha, supervisiona e apoia o grupo de visitantes.



Essa proximidade e o vínculo entre os visitantes e as famílias/comunidade é algo fundamental e construído com muita dedicação e seriedade, e nele está a força motriz do Programa.

### **O Primeira Infância Melhor na atenção básica em saúde**

O Programa Primeira Infância Melhor, enquanto ação transversal de promoção do desenvolvimento infantil e do fortalecimento da atenção básica em saúde, propõe a garantia e ampliação de acesso às ações primárias de saúde para as famílias gaúchas, especialmente na atenção à gestantes e crianças de zero a 2 anos de idade, em consonância com a proposta da Estratégia Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, estabelecida pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Assim, sendo, portanto, uma ação que compõe os processos de trabalho da atenção básica em saúde, o PIM, de acordo com a Portaria 569<sup>6</sup>, de 16 de agosto de 2012, propõe mudanças na postura e atuação das equipes municipais, privilegiando as seguintes questões:

*Fortalecimento da articulação entre as políticas correlacionadas desenvolvidas nos municípios e territórios adscritos, priorizando, nas rotinas de trabalho, espaços para o compartilhamento de saberes e práticas que otimizem os recursos humanos existentes e privilegiem uma atenção centrada nas demandas das famílias, gestantes e crianças atendidas. Promoção de formações continuadas periódicas sobre temas afins às políticas de atenção à família, gestante e criança, com espaço para acolhimento das demandas identificadas nas rotinas de trabalho, em iniciativas que priorizem o equilíbrio entre as questões metodológicas e as questões reflexivas. (p. 1).<sup>6</sup>*

Por ter como estratégia de atendimento a visita domiciliar, o PIM tem assumido um importante papel dentro da rede de atenção básica, representando uma oportunidade de acolhimento às demandas nos territórios, mais especificamente, no âmbito familiar (dentro de cada residência). Assim, toda a dinâmica familiar passa a ser compreendida como um fator preponderante na compreensão das necessidades de cada criança/gestante/família. Diante deste reconhecimento, a equipe gestora desta política, bem como a equipe da atenção básica em saúde, tem a oportunidade de dar encaminhamento às mais diferentes demandas, definindo as estratégias de cuidado e, por sua vez, a necessidade de articulação da rede de serviços de cada município. Por tudo isso, é que se tem identificado a necessidade de constituição de fluxos de atendimento, ou seja, a importância da construção de linhas de cuidado integral que possibilitem um acolhimento seguro e efetivo.

### **Acolhimento e responsabilização**

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo governo federal, busca pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Desta forma, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

A PNH tem três princípios básicos, os quais estão em congruência com a metodologia do PIM, são eles:

- *Transversalidade*: a PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pes-

soas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido.

– *Indissociabilidade entre atenção e gestão:* trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Da mesma forma, o usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação à sua saúde e a de seus familiares.

– *Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos:* cada pessoa é reconhecida como cidadã de direitos e valoriza e incentiva a atuação na produção de saúde. As mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um.

Uma das principais diretrizes da PNH é o acolhimento. A PNH acredita que dentre todas as suas dimensões de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde,

*o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimização do sistema público de saúde. (p. 3)<sup>4</sup>*

O acolhimento é, portanto, uma ação de aproximação, um “estar com”, “estar perto de”, uma atitude de inclusão, de estar verdadeiramente e inteiro em relação a algo ou a alguém, de receber e de se responsabilizar. A ideia do acolhimento em saúde está relacionada com a qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. É um processo de encontros, que no Primeira Infân-

cia Melhor se constrói semanalmente através da prática de visitação domiciliar.

*O acolhimento como ação técnico-assistencial possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (p. 18)<sup>4</sup>*

O acolhimento, mais que receber e aceitar, envolve uma postura capaz de dar respostas mais adequadas e de prestar um atendimento com responsabilidade e resolutividade em cada caso específico. Acolher, na metodologia do PIM, implica capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. Além disso, cada visitadora desenvolve um plano de atendimento singular para cada família sob sua responsabilidade. É sob esta perspectiva que acolher também implica estar atento às diversidades cultural, racial e étnica. Desta forma, conforme ressalta a PNH, o profissional deve escutar a queixa, os medos, as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Essa resposta nem sempre significa um retorno imediato, mas sim o direcionamento de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário.

Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma atitude de mudança, que é constantemente buscada pela equipe do PIM no fazer em saúde e implica, conforme a PNH:

- a) protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- b) a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua

- rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde;
- c) uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário;
  - d) elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalizados por linhas de cuidado);
  - e) mudanças estruturais nas formas de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento a seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
  - f) uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde traduzidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos;
  - g) uma construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Um aspecto fundamental no acolhimento é a capacidade de avaliação de risco e de vulnerabilidade como uma nova forma de olhar e atender o usuário através de uma reflexão mais complexa e integrada que, conseqüentemente, remete a níveis de responsabilização mais adequados por parte da equipe e usuários envolvidos.

A aplicação do acolhimento

*significa a retomada da reflexão da universalidade na assistência e da dimensão da governabilidade das equipes locais ... é o resgate e potenciação do conhecimento técnico das*

*equipes, possibilitando o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde.*<sup>2</sup>

Acolher permite que o usuário se organize como sujeito, ficando, dessa forma, estimulado a recorrer ao serviço mais confiante na resolução de seus problemas. Portanto, no fazer saúde, acolhimento implica transformar a maneira como se vem dando acesso à população desde a porta de entrada, bem como significa mudanças em ações que decorrem desse primeiro contato. Assim, além de contribuir para humanização e melhoria da qualidade da atenção, é uma estratégia de reorientação dos profissionais e nas relações desses com os usuários na melhoria do seu bem-estar.

Verifica-se, então, que a responsabilização é a consequência de um acolhimento de qualidade, um não existe sem o outro. Responsabilização refere-se a um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garanta atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Quando se propõe pensar na temática do acolhimento, inúmeras questões se fazem presentes, tais como a constituição de redes de serviços, a intersectorialidade, as linhas de cuidado e, por sua vez, o fortalecimento da atenção básica em saúde. Essas questões tornam-se fundamentais, já que repercutem diretamente na dinâmica dos serviços dos trabalhadores, assim como na efetividade do atendimento prestado aos usuários e, por sua vez, em sua qualidade de vida.

Para garantir a intersectorialidade e a articulação com a rede de serviços, de acordo com a Lei 12.544/2006 do PIM, a constituição das equipes

técnicas municipais tem como premissa básica a representação de no mínimo um profissional de cada uma das seguintes pastas: Saúde, Educação e Assistência Social.

A prática da intersetorialidade é que torna possível a articulação entre sujeitos de diferentes setores e, portanto, de diferentes saberes e poderes. Esta prática “decorre da constatação de que a fragmentação das iniciativas, a setorialização excessiva e a ênfase na especialização das ações resultam em políticas inadequadas e em programas pontuais que, além de dispersar os recursos, reduzem sua eficácia e efetividade” (p. 54)<sup>5</sup>. A prática intersetorial apresenta-se, portanto, como uma possibilidade de construção de políticas públicas, que busca superar a fragmentação dos conhecimentos a fim de produzir efeitos mais significativos nos serviços destinados à população.

Nessa perspectiva, a construção de linhas de cuidado se apresenta como uma oportunidade de atender às necessidades de cada usuário. Uma linha de cuidado é o que permite a integralidade da assistência à saúde, dando acesso aos recursos de que o sistema dispõe. É, portanto, pelo seu estabelecimento que se pode constituir redes de serviços, tornando possível o cuidado a cada usuário, desde o momento do acolhimento, até o estabelecimento dos fluxos de atenção.

A identificação de demandas/acolhimento tem como porta de entrada os serviços da Atenção Básica em Saúde, seja através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou mesmo pelos programas de visita domiciliar. Por esta lógica de atenção, temos a territorialidade como fator preponderante e ao mesmo tempo desafiador, pois a realidade social permite que se reconheça e compreenda a complexidade de cada sujeito em suas relações familiares e sociais.

Atender bem, fazer uma escuta qualificada do problema, resolver se necessário, fazer um enca-

minhamento seguro, é o que uma linha de cuidado efetiva possibilita. Para tanto, é necessário que os trabalhadores estabeleçam um vínculo no sentido de acompanhar seus processos por dentro da rede e se responsabilizem, procurando facilitar o atendimento de suas necessidades. Desta forma, torna-se necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo de atuação de cada profissional, para que essas diretrizes se tornem rotina em suas práticas. O processo de trabalho mostra-se a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários<sup>1</sup>. Por esta questão, o PIM tem uma metodologia consistente que prevê desde a capacitação de seus técnicos para o Programa até treinamentos e supervisões permanentes, contemplando uma rotina específica que delimita, dentre outros aspectos, o número de famílias atendidas por visitador e oferece ferramentas específicas para garantir a qualidade deste atendimento.

Assim, é de fundamental importância compreender que o ato de acolher não pressupõe um espaço, mas uma postura ética, uma prática de cuidado que implica a existência de uma equipe comprometida, que possa compartilhar saberes e incertezas em prol de uma rede de serviços mais digna e eficaz (intersetorialidade). Por isso, a postura de cada profissional e o reconhecimento de sua responsabilidade é crucial para a efetividade dos mesmos.

O acolhimento mostra-se, nesta perspectiva, como uma “ferramenta tecnológica relacional, de intervenção na escuta, na construção de vínculos, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços” (p. 15)<sup>3</sup>.

Acolhimento é

*[...] um dispositivo de intervenção que possibilita analisar os processos de trabalho (...) com foco nas relações e que pressupõe a mudança das relações profissional/usuário/rede social e profissional/profissional por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários*



*e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e como participante ativo no processo de produção de saúde. (p. 17)<sup>3</sup>*

Sendo assim, entende-se o Programa Primeira Infância Melhor como um modelo de acolhimento na atenção básica. Em contraposição a um padrão que privilegia a intervenção sobre os problemas, a doença, o déficit, a falta, o PIM parte de um novo paradigma norteador da compreensão das ações nos campos da saúde e demais áreas uma vez que privilegia a atenção integral, contemplando ações educativas e de promoção de saúde e do desenvolvimento, e prevenção das dificuldades, além das ações de atenção e assistência quando necessárias. De ações especializadas e focalizadas, busque contemplar ações interdisciplinares e intersetoriais, que levem em conta a complexidade de cada gestante, criança e família.

#### Referências

1. Franco CM, Franco TB. Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. Rio de Janeiro; 2012. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)
2. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte. Belo Horizonte; 2001. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-13.pdf>
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília (DF); 2010b.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS, 2).
5. Schneider A, Ramires VR. Primeira infância melhor: uma inovação em política pública. Brasília: UNESCO; 2007.
6. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Portaria 569/2012. Diário Oficial do Estado, 16 ago. 2012. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [www.pim.saude.rs.gov.br](http://www.pim.saude.rs.gov.br)
7. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Primeira Infância Melhor - PIM. [acesso em 30 mar 2015]. Disponível em: [://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/dados/](http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/dados/)



# *Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): em defesa da primeira infância como agenda prioritária e pilar do desenvolvimento pleno e saudável dos cidadãos brasileiros*

**Strategy Healthy Brasileirinhas and Brasileirinhos (EBBS): in defense of Early Childhood as a priority agenda and as a pillar of full and healthy development of Brazilian citizens**

Liliane Penello<sup>1</sup>

## **Resumo**

Apresenta-se a contribuição da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – (EBBS) para construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) - iniciativa desenvolvida entre a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM)/ DAPES/SAS/Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira /Fiocruz. A EBBS defende o fortalecimento da agenda nacional que vincula produção de saúde, vida com qualidade e cidadania ao desenvolvimento infantil pleno e saudável na primeira infância. Apresenta suas bases conceituais como a do ambiente facilitador à vida com este objetivo. Sobre os determinantes sociais de saúde considera-se a perspectiva de seu impacto sobre o cuidado /cuidador da criança, vulnerabilidades e potencialidades para um mundo sustentável. Atualmente a EBBS dedica-se à formação dos consultores estaduais de saúde da criança vinculados à CGSCAM, destacando como eixos principais o trabalho de cartografia dos recursos locais, fortalecimento de grupidades e transmissão do cuidado. A apresentação de situações desafiadoras experimentadas pelos profissionais de saúde da criança em seus territórios são discutidas presencialmente e à distância via Plataforma EAD com suporte continuado ao trabalho fortalecendo o pacto interfederativo pela formulação e implantação da PNAISC em território nacional.

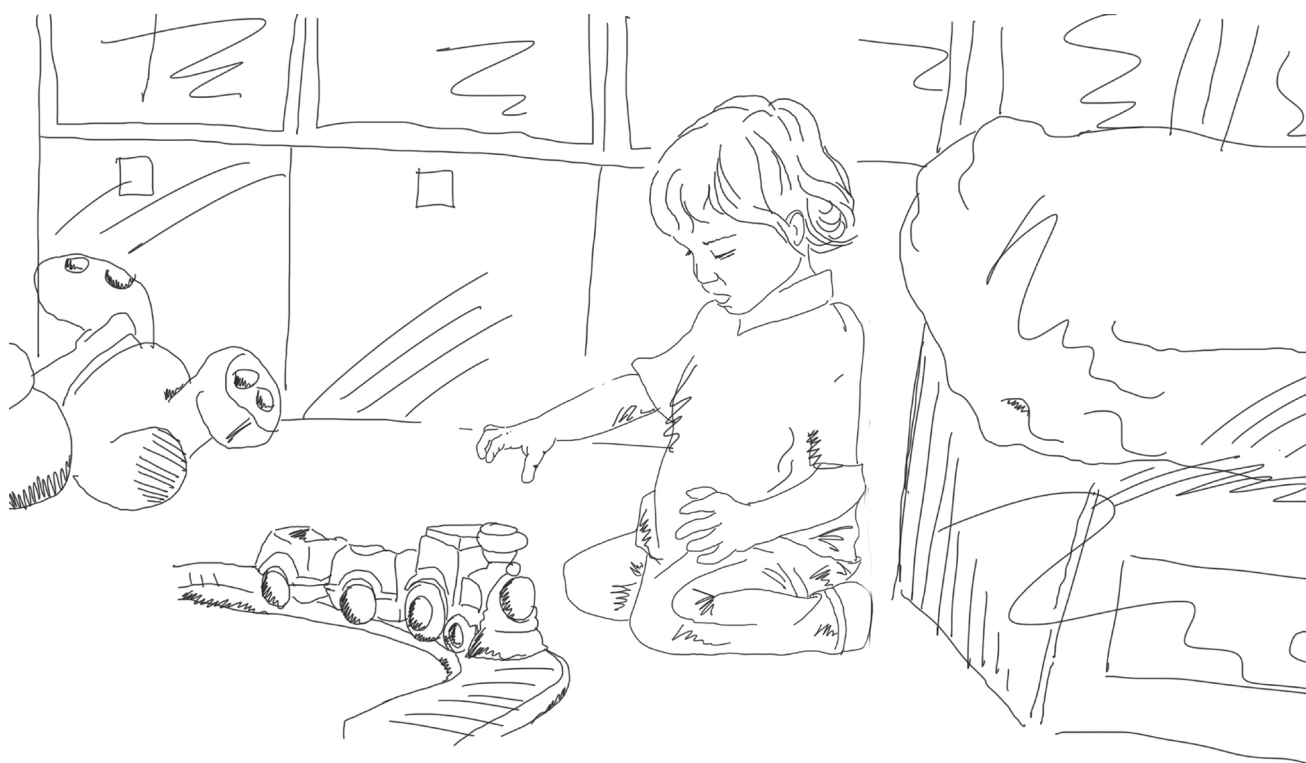
**Palavras-chave:** Política Pública e Primeira Infância; Desenvolvimento infantil e cidadania; cuidado e ambiente facilitador à vida

## **Abstract**

It is presented the contribution of Strategy Healthy Brasileirinhas and Brasileirinhos (EBBS) for construction of the National Policy for the Health Care of the Child (PNAISC) - an initiative developed between the General Coordination for Child Health and Breastfeeding (CGSCAM)/DAPE/SAS/Ministry of Health and the National Institute of Women's, Children's and Adolescents' Health Fernandes Figueira/Fiocruz. The EBBS advocates the strengthening of the national agenda that links the health production, life quality and citizenship to the full and healthy child development in early childhood. It presents its conceptual basis as that of the enabling environment to life with this goal. On the social determinants of health, it is considered the perspective of its impact on the care/caregiver of the child, vulnerabilities and potentialities for a sustainable world. Currently, the EBBS is dedicated to the training of state consultants for child's health linked to CGSCAM, highlighting as main lines the mapping work of local resources, strengthening of groups and transmission of care. The presentation of challenging situations experienced by child health professionals in their territories are discussed in person and remotely via distance learning platform with continued support to work, strengthening the inter-federative pact for the formulation and implementation of the PNAISC in national territory.

**Keywords:** Public Policy and Early Childhood; Child development and citizenship; care and life-enabling environment

<sup>1</sup> Liliane Penello (lpenello@gmail.com) é médica psiquiatra, Mestre em Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz) e Coordenadora Técnica Nacional da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis.



### Introdução

**A** Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros passos para o Desenvolvimento Nacional (EBBS) surge no cenário nacional como fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz no ano de 2007. Nesse período, o Ministério da Saúde construía o MAIS SAÚDE<sup>10</sup>, um programa estratégico, apresentando um conjunto de diretrizes definidas em sete grandes eixos para suas ações. O eixo voltado à Promoção da Saúde, reconhecido por suas formulações e práticas exitosas – abrigadas no corpo da Política Nacional de Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família<sup>6</sup> – nos convocou à reflexão e construção de uma oferta que consideramos de fato estratégica, dirigida à atenção integral à saúde da criança. Essa proposta considerava a importância da explicitação em termos de política pública da relação entre o crescimento e desenvolvimento de uma nação e de cada um de seus cidadãos. Trata-se da defesa de uma agenda potente no âmbito

do governo federal, capitaneada pela Área da Saúde, destacando esse vínculo especial entre o crescimento pessoal e o social, pautado no desenvolvimento infantil pleno e saudável e na importância da Primeira Infância (no Brasil, do nascimento aos 6 anos, ou seja, aproximadamente vinte milhões de crianças), reconhecendo-a como um tempo diferenciado, mas não encerrado, na produção de saúde e vida com qualidade. As repercussões das vivências deste período da vida e sua presença no mundo adulto, no aqui e agora de nossas capacidades e (ainda) as habilidades em realização, de criarmos vínculos, interagirmos e enfrentarmos desafios pessoais e coletivos, num mundo que clama por sustentabilidade e cuidado, tornou-se o cerne da defesa aguerrida desta agenda: favorecer a infância saudável é favorecer um mundo sustentável para todos!

### **Aportes teórico-conceituais para a formulação da EBBS: uma construção desafiadora**

O conceito de saúde com o qual trabalhamos

diz respeito diretamente à vida que é fruída com liberdade, criatividade e felicidade, e não apenas à inexistência de doenças e agravos. Devemos a Donald W. Winnicott<sup>23</sup>, pediatra e psicanalista inglês, uma reflexão que tem nos balizado ao questionar-se sobre o que versa a vida. Diz o autor: “podemos curar nosso paciente e nada saber sobre o que lhe permite continuar vivendo... para nós (profissionais de saúde) é de suma importância reconhecer abertamente que a ausência de doença psiconeurótica pode ser saúde, mas não é vida”. Esses aspectos, comumente trabalhados pelos profissionais da área de saúde mental, ganham reforço com as contribuições de John Bowlby. Ambos, em meados do século passado (1951), participam da segunda sessão da Comissão de Especialistas em Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo relatório apresenta esta compreensão:

*o mais importante princípio a longo prazo para o trabalho futuro da OMS, na promoção da saúde mental, em contraste com o tratamento de distúrbios psiquiátricos, é o estímulo à incorporação no trabalho de saúde pública da responsabilidade pela promoção da saúde física e mental da comunidade.*<sup>24</sup>

Esta constatação evolui para a explicitação de que não há como falar de promoção de saúde sem associá-la a um conjunto de determinantes e a momentos e etapas da vida, quando surgem janelas de oportunidade para investimentos de toda ordem com a expectativa de potencializar os possíveis retornos, como mostra o Relatório da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS:

*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 lingüístico-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.*<sup>25</sup>

As pesquisas e a observação atenta desta etapa precoce do desenvolvimento nos mostra que o bebê não existe como ser isolado, dependendo completamente do outro para a continuidade de sua existência humana: seu caminho rumo à independência, sua vivência feliz, e não só a sobrevivência, também dependerá de como esse processo de tornar-se outra pessoa, vai se desenrolar. Edgar Morin<sup>13</sup> nos recorda que não há indivíduos no começo. O singular é uma feliz produção social.

Reafirma-se, assim, para nós, profissionais de saúde, quão fundamental é essa função cuidadora, que nos inclui neste “investimento”; o que define para a EBBS a perspectiva de trabalhar o cuidado com os cuidadores envolvidos nessa grande rede de sustentação ao desenvolvimento da sociedade brasileira – focada nos pequenos brasileiros e brasileiras, compreendendo o cuidado como eixo do que denominamos “ambiente facilitador à vida”<sup>17</sup>, e seu reconhecimento e aprimoramento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O cuidado que aqui nos referimos tem também um apelo para além das ações tecnicamente bem executadas, e até mesmo calorosas ou acolhedoras, por parte dos cuidadores. Trouxemos de Leonardo Boff a compreensão do cuidado essencial:

*é aquela condição prévia que permite um ser vir à existência. É o orientador antecipado de nossas ações na missão de cuidadores de todo o ser como seres éticos e responsáveis, garantindo a sustentabilidade necessária à nossa Casa Comum e à nossa vida.*<sup>1</sup>

Seguindo a perspectiva ecológica para que o desenvolvimento sustentável realmente aconteça, especialmente quando entra o fator humano capaz de intervir nos processos naturais, não basta

o funcionamento mecânico dos processos de interdependência e inclusão na busca por um ecossistema estável. Faz-se mister que as políticas públicas considerem uma outra realidade a se compor com a sustentabilidade: o cuidado.

O destaque feito a esses conceitos e ideias articulados em uma proposta estratégica tem como objetivo contribuir para a compreensão da importância da Primeira Infância desenvolvida, vivida e experimentada em sua plenitude, com direitos garantidos, incluído neles, as brincadeiras, os momentos lúdicos e criativos, e sua relação com a saúde de cada qual e da sociedade à qual se vinculam. Ao aproximarmos esta visão do campo da Saúde Coletiva, temos o claro objetivo de fortalecer o que todos nós, profissionais de saúde, sabemos: não existe produção de saúde apartada dos afetos assim como não existe saúde apartada de um sistema de garantia de direitos democraticamente constituídos, e de políticas públicas, elas mesmas cuidadoras e favorecedoras à vida com qualidade e bem-estar de seus cidadãos e cidadãs!

Da mesma forma, continuando neste caminho de aproximação do conjunto de fatores produtores e promotores de saúde, quando falamos, por exemplo, em *apego seguro*<sup>2</sup>, nos referimos às chances ampliadas de sucesso para o desenvolvimento pleno do bebê, relacionado ao estabelecimento de vínculo de confiança entre ele e seu cuidador, o que favorecerá o sucesso de sua conexão com o mundo. Essa assertiva, reforçada pela produção neurocientífica das últimas décadas nos aponta não só a hereditariedade, mas, principalmente, sua interação com o ambiente circundante para que as experiências do bebê sejam potencializadas e seja exitoso o seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Retomando as contribuições das neurociências, quando se referem a momentos críticos em que são organizadas as funções e competências importantes para o desempenho e a sobrevivên-

cia dos seres humanos em melhores condições, afirma Terra<sup>20</sup> que:

*Tais momentos críticos ocorrem nos primeiros anos acompanhadas de uma extraordinária plasticidade cerebral e com formação intensa de trilhões de novas conexões entre os 100 bilhões de neurônios do cérebro humano, sempre em relação com os estímulos ambientais. Em nenhum outro momento do ciclo de vida irá acontecer uma situação tão dinâmica, mostrando inclusive a relação entre os fatores psíquicos e sua base material.*

Há o reconhecimento, portanto, de que o ambiente que envolve e inclui o bebê no início da vida tem papel estimulante fundamental. Reconhece-se também que muito precocemente esse “ambiente facilitador”<sup>23</sup> coincide com a pessoa de seu cuidador, quase sempre a mãe, com a oferta de seu corpo, seu psiquismo, suas fantasias e desejos, sua inserção social, histórica e cultural para além do aporte genético. E, ainda, os fatores determinantes de saúde, apresentados em leque em uma perspectiva que vai dos proximais aos intermediários e distais, no Modelo de Dahlgreen e Whitehead (citados por Pellegrini Filho)<sup>16</sup> e que impactam esse cuidador em suas singularidades, vulnerabilidades e riscos – impactam também o bebê que por ele está sendo cuidado.

Essa complexa caminhada do desenvolvimento humano, e certamente o enfrentamento das iniquidades nesta trajetória, nos mobiliza à proposição de ações que gerem as condições necessárias para sustentar o desenvolvimento infantil em sua plena potência. Temos importantíssimas contribuições de pesquisadores laureados pelo Nobel que atuam no campo do Desenvolvimento Emocional Primitivo, como Mustard<sup>14</sup> e Heckman<sup>6</sup>, que defendem cada dólar investido em Programas e Políticas voltadas para a Primeiríssima Infância, na perspectiva mais efetiva da luta por equidade favorecendo

a redução da proporção das populações que vivem na pobreza, melhores condições de acesso à educação formal, saúde e renda, redução da violência, maior estabilidade social, qualificação do capital humano, maiores e melhores oportunidades de inserção na economia do conhecimento, sucesso no caminho civilizatório e capacidade de gerar sustentabilidade à biosfera para as populações futuras.

Alguns exemplos de iniquidades em nosso país, com sérias repercussões sobre o ambiente familiar, especialmente para mulheres e crianças, se deve ao fato de que um quarto destas famílias vive de um salário feminino. Em artigo publicado no jornal *O Globo*, de 2 de maio 2010, Rosiska Darcy de Oliveira traz à tona temas tangenciados e confienciados na sociedade, como as escolhas sobre a maternidade, as condições da gravidez e do parto, as leis que tolhem ou propiciam liberdades, o temor atávico da violência sexual. Afirma a autora: “*todas essas questões tornadas realidade para o corpo feminino afligem as mulheres, uma vez que elas sabem habitar um corpo cujo destino é desdobrar-se em outros*”. E vivem, na realidade, o acúmulo de tarefas e funções cuidadoras, em meio a grande solidão. Ainda segundo a articulista, respeito e escuta é o que aspiram as mulheres para que possam, efetivamente, contribuir com reformas modernizadoras de estruturas de acolhimento.

Recentemente, em maio de 2015, foram veiculados na imprensa alguns resultados do estudo “O Bem-Estar das Mães do Mundo 2015”, sobre a desigualdade social e seu impacto na área da Saúde, realizado pela ONG Save the Children<sup>3</sup>, com dados colhidos por várias instituições que reuniram informações sobre saúde materna, mortalidade infantil, educação, renda *per capita*, dentre outros itens.

Uma radiografia mundial sobre o bem-estar de mães e bebês observa que:

*permanece uma distância absurda entre a qualidade de serviços de Saúde oferecida a*

*famílias pobres e a famílias de melhor condição econômica impactando negativamente o desenvolvimento infantil e comprometendo não só o futuro das pessoas, mas de nações inteiras.*

Quando o foco é o Brasil, ficamos no 77º lugar de um ranking de 179 países. Um exemplo que esclarece esta posição é a taxa de mortalidade de recém-nascidos em comunidades cariocas apresentar-se 50% mais alta que a de bebês de famílias mais ricas. Constatou-se, assim, que também nas metrópoles o problema é muito grave. Sobre a morte de mulheres relacionada à gravidez, nossa situação piora: ficamos em 82º lugar no ranking.

São imensos os desafios a enfrentar, mesmo considerando tantos esforços presentes em iniciativas como a Rede Cegonha<sup>18</sup>, o Plano Brasil Sem Miséria<sup>12</sup> e o Programa Brasil Carinhoso, além dos avanços do Bolsa-Família<sup>11</sup>, na esfera do governo federal, com suas pactuações interfederativas.

O compromisso brasileiro com suas metas de crescimento e desenvolvimento, tanto em pactuações nacionais quanto internacionais como as estabelecidas com a ONU voltadas para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, produziram resultados ao atingirmos o ODM 4, redução da Mortalidade Infantil, pelo menos três anos antes da data pactuada (2012/2015). Infelizmente, em relação ao ODM 5, redução da mortalidade materna, todos os esforços geraram diminuição significativa, mas ainda longe de taxas aceitáveis.

No caso da mortalidade de mulheres relacionadas à gravidez, tanto quanto na mortalidade neonatal precoce destacam-se sérias questões perinatais a serem enfrentadas. Ou seja, vinculadas ao pré-natal, parto e puerpério, ofertas pouco qualificadas das informações fundamentais sobre esse momento da vida da mulher, muito sensível à cultura e ao meio ambiente em que vive, as condições de acesso aos serviços, a não articulação entre eles, o



não entrosamento entre equipes ou a falta de treinamento das mesmas, a não revisão sistemática dos óbitos nas unidades de saúde, acabam gerando inúmeras intervenções que se afastam do parto humanizado, com cesáreas desnecessárias, complicações como infecções e hemorragias, e aumento de prematuridade dos bebês. Se não bastasse, somam-se questões legais que levam a mulher a buscar a interrupção da gravidez nos casos não previstos, em condições adversas, longe do sistema de saúde e com altas percentagens de morbidade.

Todas essas razões nos alertam não só para a manutenção de iniciativas como as citadas até aqui, mas também para outras que ainda venham a contribuir para mudanças efetivas deste cenário. Precisamos estar atentos ao que Muñoz Jimenez<sup>21</sup> coloca com propriedade:

*não se pode negar as capacidades que a infância tem para colaborar no desenho dos seus direitos, na hora de desenvolvê-los nos diversos âmbitos da vida cotidiana, onde vive, “convive” ou “mal vive” [...] a melhor forma de proteger a infância é promovendo sua participação plena na vida social de suas famílias, ruas, bairros, cidades, escolas.*

Tantas e tão importantes ações, pertencentes a diferentes segmentos e áreas, parecem demandar do Estado brasileiro uma instância única para articulação, avaliação, monitoramento, recomendações e alterações necessárias a este campo de Atenção, de fato produzindo uma agenda intersetorial com provisão orçamentária adequada e suficiente.

### **EBBS: uma trajetória estratégica**

Cenários como esses estimularam o reconhecimento da importância da criação de uma iniciativa estratégica como a EBBS com o objetivo de fortalecer, ampliar, potencializar e construir novas ofertas de cuidados em saúde para as crianças até

os seis anos, suas famílias e cuidadores, no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz, por meio de seu Instituto Nacional de Atenção à Mulher, à Criança e ao Adolescente Fernandes Figueira com o apoio do Ministério da Saúde.

Segundo Temporão e Penello<sup>19</sup>, foram elencados alguns dos principais atores e participantes governamentais e não governamentais para construção compartilhada desta iniciativa. A Portaria MS/GM 2.395, de 07/10/2009, formaliza essas aspirações e as apresenta como cuidados prioritários enfatizando o acompanhamento do desenvolvimento infantil com maior atenção ao início da de vida da criança e designa parte desses atores, havendo posteriormente uma ampliação do grupo de trabalho que contribuiu com a formulação e estruturação da EBBS. Foram considerados, àquela altura, os marcos legais, institucionais, recomendações teóricas e técnicas internacionais e nacionais, e experiências exitosas para além da área da saúde para a construção da Estratégia. Esses marcos abrigavam ações dirigidas à criança em um campo em que a saúde estava incluída como terreno fértil para incremento de iniciativas voltadas para os aspectos do desenvolvimento emocional, com especial atenção aos primeiros anos de vida.

O caminho percorrido durante o processo de implantação da EBBS, na Fase 1 (Piloto), pode ser mais bem conhecido com a leitura do livro *O Futuro Hoje*<sup>5</sup>. Lá são apresentadas e discutidas as ações realizadas com práticas diferenciadas pelas condições e peculiaridades locais e pela escolha estratégica dos municípios que a compõem – envolvendo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), governantes dos âmbitos federal, estadual, municipal e representantes da sociedade civil. Foi construído, inclusive, um instrumento de pactuação entre os gestores, para formalização da implantação da estratégia-piloto. Os

seis municípios participantes desta pesquisa-intervenção foram: Araripina e Santa Filomena, ambos no Sertão do Araripe em Pernambuco, Campo Grande (MS), Florianópolis (SC), Rio Branco (AC) e Rio de Janeiro (RJ). Foi possível avaliar o processo de implantação da EBBS nessas localidades por meio de Pesquisa Avaliativa de quarta-geração coordenada por equipe do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fiocruz<sup>10</sup> que nos balizou no processo negociado de construção de um modelo lógico, produto valioso desta iniciativa, apresentando-se também como oferta qualificada e disponível para apropriação em experiências assemelhadas. Vale notar que o modelo tem como princípios mais destacados: ambiente facilitador à vida, sinergia, inovação e intersetorialidade. As diretrizes apontam para o fomento às iniciativas locais, fortalecimento de vínculos, grupariedades e cogestão. Surgem como dispositivos fundamentais, os apoiadores matricial e local, o encontro de apoiadores e os grupos executivos locais e nacionais. E a pesquisa avaliativa indicou que, desses, os que mais caracterizaram a fase de implantação da EBBS nos municípios foram respectivamente a intersetorialidade e o fortalecimento de vínculos, sendo a articulação das ações a estratégia mais utilizada. Há uma referência especial aos novos modos de gestão do cuidado que comportam a inclusão dos afetos, visando à promoção de um ambiente facilitador à vida ao cotidiano das redes de atenção à mulher e à criança de zero a 6 anos. Foram apresentados como efeitos esperados da implantação da EBBS:

- Articulação de políticas e adequação de ações ao contexto local para o cuidado integral da primeira infância.
- Mudança nas práticas de gestão e cuidado/ produção de novas práticas a partir da inclusão do tema ambiente facilitador ao desenvolvimento infantil.

- Aumento do protagonismo das famílias na produção de cuidado, considerando sua determinação social.
- Desenvolvimento do trabalho intersetorial entre diferentes atores e serviços governamentais e não-governamentais.
- Aumento do compartilhamento das decisões entre os profissionais da atenção e da gestão.
- Aumento do compartilhamento de práticas de cuidado e Ativação de coletivos voltados para produção de ações de planejamento familiar, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil até os seis anos.

A experiência bem-sucedida do projeto piloto possibilitou a contribuição da EBBS na construção da proposta de formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Fase 2 do projeto, conduzida pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde com a ativa participação dos estados, capitais e DF. Percebeu-se a importância de se lançar mão do apoio institucional para favorecimento deste movimento de aproximação num território continental como o brasileiro. E foram então contratados, como consultores da saúde da criança nos Estados, aqueles que desempenhariam na localidade esta função, definindo-se um por Estado. Mas também aí percebeu-se a necessidade de um trabalho de alinhamento conceitual e operacional, de gestão, para o suporte às ações dos coordenadores nos territórios. As diferenças locais, as questões técnicas e políticas a serem manejadas demandavam uma solução ousada para contemplar os objetivos delineados e os resultados desejados.

Surgiu então a proposta de um arranjo que definiu três grandes eixos, voltados para a construção da PNAISC, tendo como foco o trabalho de articulação desses atores no país: os Eixos de Formação, de Gestão e de Pesquisa. Para cada um deles foi constituída uma equipe. No caso da Formação, a

EBBS se encarregou, com as coordenações técnica e executiva, e com a tutoria.

O processo formativo estrutura-se, assim, a partir de três eixos conceituais: o método cartográfico, as tecnologias grupais e relacionais e a ética do cuidado na área da saúde. Sobre o Eixo 1, Cartografia, compreendemos como Passos e Barros (2010)<sup>15</sup>: um modo de (re)conhecer dada realidade com caráter exploratório, implicando no acompanhamento do processo de constituição do próprio percurso que se vai traçar. E isso não pode acontecer “*sem uma imersão no plano da experiência*”, pois “*conhecer o caminho de constituição de dado objeto, equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho*”. A função Apoiador, nesta compreensão, tem o sentido especial de partícipe do cenário em constituição, exigindo atitudes que se alternam em presença, implicação e reserva, como nos apresenta Figueiredo<sup>5</sup>.

A cartografia, enriquecida pelas informações levantadas, e pela sensibilização dos atores do campo, com a participação do apoiador, permite um retrato mais bem delineado dos equipamentos e recursos locais, assim como a formulação de um Plano Territorial mais bem desenhado e negociado do ponto de vista de sua execução para atenção integral à saúde da criança.

Já a aposta nas grupalidades (Eixo 2) considera uma série de elementos que, juntos, favorecerão as decisões necessariamente compartilhadas, fortalecendo o processo de cogestão em implantação ou em andamento, funcionando como ambiente facilitador aos movimentos instituintes e analisador destes e dos espaços instituídos. A metodologia Balint-Paidéia foi bastante utilizada neste trabalho<sup>4</sup>, fomentando a construção de: espaços potenciais de troca, compartilhamento de experiências, inserção (inclusão) das diferenças, novas experimentações (construção em Grupo), mobilização e corresponsabilidade com protagonismo dos sujeitos, mudança

de mentalidades (desafio), ampliação das rodas de conversa, contrato vinculado à demanda operativa do grupo e caixa de ferramentas conceituais (ofertas teóricas).

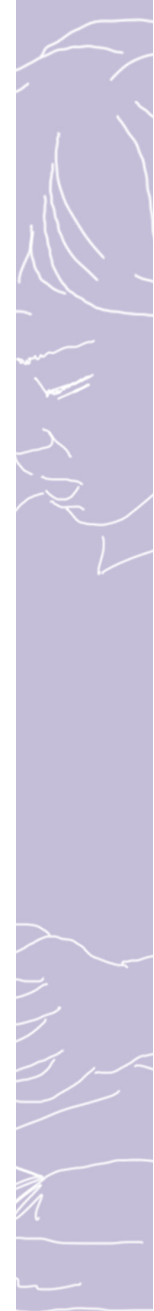
Sobre o Cuidado (Eixo 3) tivemos a oportunidade de discuti-lo em momento anterior, podendo afirmá-lo como princípio que permeia todo o processo de formação.

E quanto às Ferramentas utilizadas para atingir os objetivos almejados, nesta formulação construtivista, lança-se mão de recursos tais como trabalho com textos, palestras, rodas de conversa e técnicas grupais com relatos de experiências e discussões sobre situações de difícil manejo geradoras de impasses – associando aos encontros presenciais, a utilização da plataforma Moodle de ensino a distância, criando um laboratório de práticas inovadoras.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, após ter sido apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aguarda neste momento sua publicação em Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde do Brasil. Ela considera as diferenças regionais brasileiras, a expressão cultural de suas necessidades e demandas de saúde com a oferta e articulação local dos serviços e suas possibilidades de interação com outras áreas favorecendo arranjos inovadores. Ela oferta princípios, diretrizes e dispositivos que vinculam atribuições e ações diferenciadas nos sete eixos que a compõem e que abrigam todos os níveis de atenção. Ela reconhece e defende o trabalho intersectorial com todos os seus desafios. Mas há algo que a diferencia e que aponta para seu potencial inovador: a mudança de mentalidade que transparece em seu texto quando avança com a questão da integralidade e a compreensão da provisão para a saúde da criança incluindo a saúde mental. Ela se propõe a trabalhar com o desenvolvimento pleno da criança que inclui o de-

envolvimento emocional no estabelecimento das bases para uma vida saudável. Afirmo Winnicott<sup>22</sup> que *prover* para uma criança é questão de prover o ambiente que facilite sua saúde mental individual e o desenvolvimento emocional. O que inclui os adultos cuidadores, aliás, muito bem representados na constituição e alinhamento da PNAISC. Talvez o melhor exemplo seja sua busca de articulação com as ações da Rede Cegonha na interface com a saúde das mulheres, e de suas redes também. O período da vida de que trata a Rede Cegonha, já se sabe, vale ouro. Outro exemplo valioso da perspectiva de provisão ofertada pela política é a convicção de trabalhar conteúdos como a empatia na formação de seus profissionais desenvolvendo habilidades e capacidades que ampliam a possibilidade de sintonia nas ações: não se cuida de bebês e de crianças pequenas sem uma identificação com elas, sem perceber, de alguma forma, do que necessitam para além da compreensão intelectual.

Então, para finalizar, podemos afirmar que há no corpo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, uma abertura, uma possibilidade nova, traduzida em princípios, diretrizes e estratégias, com ofertas no âmbito do cuidado, que indicam a expectativa dos bons encontros na realidade que aproxima a Atenção da Gestão e da Pesquisa, considerando a possibilidade cada vez mais concreta da existência de profissionais com tempo, inclinação e disposição para, quase como as mães, saberem o que a criança precisa.



#### Referências

1. Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. Revista Inclusão Social. 2005; 1(1).
2. Bowlby J. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
3. British Broadcasting Corporation – BBC Brasil. Desigualdade social põe saúde materna em risco no Brasil, diz ONG. 2015. [acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: [http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/05/150510\\_savethechildren\\_parto\\_ranking\\_gch\\_pai](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/05/150510_savethechildren_parto_ranking_gch_pai)
4. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: Campos GW, Guerrero AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica – saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 35-60.
5. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: Maia MS, organizadora. Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.
6. Heckman JJ. Policies to Foster human capital. Joint Center for Poverty Research Working Papers 154. Chicago: Northwester; 2000.
7. Mendes CHF, coordenadora. Sumário da Pesquisa Avaliativa da Implantação da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília (DF); 2010.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4.ed. Brasília (DF); 2007.
10. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: Mais Saúde, Direito de Todos: 2008-2011. 3.ed. Brasília (DF); 2010.
11. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [homepage na internet]. Bolsa Família. Brasília (DF); c2012. [acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>
12. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [homepage na internet]. Plano Brasil sem miséria. Brasília (DF):c2012. [acesso em 21 mai. 2015]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/superacao-da-extrema-pobreza%20/plano-brasil-sem-miseria-1/plano-brasil-sem-miseria>
13. Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
14. Mustard JF. Experience-based brain development: scientific underpinnings of the importance of early child development in a global world. [acesso em 20 maio 2015]. Disponível em: <http://www.brookings.edu/views/papers/200602mustard.htm>
15. Passos E, Barros RB. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. Pistas do método cartográfico. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 19-31.
16. Pellegrini Filho A. Intervenções individuais vs. intervenções populacionais DSS Brasil, 16 ago. 2011 [acesso em 20 maio 2015]. Disponível em: [http://cmdss2011.org/site/?post\\_type=opinioes&p=2266&preview=true](http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2266&preview=true)
17. Penello LM. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a atenção integral à saúde da criança. In: Penello LM, Lugarinho LP, organizadores. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – A contribuição da EBBS para a construção de uma política de atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2013.
18. Portal Brasil [homepage]. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República; c2012 [atualizado em 2014; acesso em 21 maio 2015]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/redecegonha-beneficia-mais-de-2-milhoes-de-gestantes>
19. Temporão JG, Penello L. Determinação social da saúde e ambiente emocional facilitador: conceitos e proposição estratégica para uma política pública voltada para a primeira infância. Revista Saúde em Debate. 2010; 34(85):187-200.
20. Terra O. Um grande avanço. Saúde em Debate. 2010; 34(85):204-207.
21. Vieira AL. Uma sociedade desenhada com a colaboração da infância não permitiria o trabalho infantil. São Paulo: Promenino Fundação Telefônica; 2015. [acesso em 22 maio 2015]. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/noticias/reportagens/uma-sociedade-desenhada-com-a-colaboracao-da-infancia-nao-permitiria-o-trabalho-infantil-afirma-educador-espanhol>.
22. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação, estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
23. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
24. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equality through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social determinants of Health. Geneva: 2008.
25. World Health Organization. Relatório da segunda sessão da comissão de especialistas em saúde Mental. Geneva: WHO; 1951. (Technical Report 31)



# Vigilância do desenvolvimento da criança

## Monitoring of child development

Amira Consuêlo de Melo Figueiras<sup>1</sup>

### Resumo

As intervenções nos primeiros anos de vida são essenciais para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento, tornando-se necessário estar atento à sua evolução e aos fatores que possam intervir nesta evolução. Portanto, é necessário seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais que possam ajudar na identificação das alterações. Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância do acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa, sobressaindo-se como melhor alternativa para a atuação do profissional da atenção primária a vigilância do desenvolvimento. Esta compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas de desenvolvimento da criança. Apesar da existência de roteiros sistematizados para a vigilância do desenvolvimento da criança, esta prática ainda não está incorporada nas ações rotineiras do profissional de saúde na atenção primária, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em vias de efetivação na organização dos seus sistemas de saúde como o Brasil. Medidas urgentes, as quais incluem adequada formação e qualificação profissional, assim como organização dos serviços de saúde de forma a favorecer a efetivação desta ação são necessárias.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde; Vigilância.

### Abstract

The interventions in the early years of life are essential for the child to meet all its development potential, making it necessary to be attentive to its development and the factors that may be involved in this development. It is therefore necessary not only its monitoring by family members, but also by professionals who can help identifying the changes. Although there is a consensus among professionals on the importance in monitoring child development, the way to do it is still controversial, standing out as the best alternative for the professional performance of primary care, the surveillance of development. This includes all activities related to promotion of normal development and detection of developmental problems of the child. Despite the existence of systematic road maps for surveillance of child development, this practice is not yet incorporated into the routine actions of health professionals in primary care, both in developed countries and in developing countries that are organizing their health systems as Brazil. Urgent measures, which include proper training and professional qualification as well as the organization of health services in order to facilitate compliance with this action are needed.

**Keywords:** Child Development. Primary health care; Surveillance.

<sup>1</sup> Amira Consuêlo de Melo Figueiras (afigueiras2@gmail.com) é médica pediatra, doutora em ciências pelo Programa de Pediatria e Ciências Aplicada a Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, docente de pediatria do curso de medicina da UFPA, coordenadora do ambulatório de autismo do Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (CASMUC/UFPA).



### Introdução

O interesse pelo desenvolvimento da criança tem aumentado nos últimos anos de maneira expressiva. Essa preocupação vem do fato de que, com a redução da mortalidade infantil, outras patologias, que não levam a óbito, mas que interferem na qualidade de vida das crianças e seus familiares, têm surgido com maior frequência. As situações que se evidenciaram com a queda abrupta da mortalidade infantil permitiram então, que as crianças, antes expostas ao risco biológico de morrer, tivessem a possibilidade de vivenciar as consequências não só destes riscos biológicos, assim como os estresses relativos às condições desfavoráveis em que vivem, propiciadas, na sua maioria, pelo aumento da urbanização, violências, mudanças na estrutura familiar, falta de políticas públicas adequadas às suas necessidades, etc. Nesse contexto, os transtornos do desenvolvimento da criança e adolescente, com ênfase nos mentais, emergem com altas taxas de prevalência, variando entre 10 e 40% das patolo-

gias pediátricas, dependendo da faixa etária analisada e da metodologia utilizada, sendo, portanto, considerada a causa mais importante de problemas na infância e adolescência<sup>26,27</sup>.

Por outro lado, sabe-se que as intervenções nos primeiros anos de vida são essenciais para que a criança atinja todo seu potencial de desenvolvimento. São inúmeras as experiências demonstrando que estimulação e cuidados adequados, de forma integrada, envolvendo ações de saúde, educação e assistência à criança e suas famílias nos primeiros anos de vida, melhoram seu raciocínio, suas habilidades e seu comportamento<sup>17,34</sup>.

Porém, para que recebam essas intervenções, é necessário conhecer o desenvolvimento normal da criança em suas diversas faixas etárias, proporcionar situações que promovam um desenvolvimento saudável e identificar as que precisam de atendimento especializado, encaminhando-as o mais breve possível a serviços nos quais possam receber estas intervenções. Portanto, é necessário seu acompanhamento não só pelos familiares, mas também por profissionais capacitados.

## Desenvolvimento infantil

Apesar de existir um consenso entre os profissionais sobre a importância no acompanhamento do desenvolvimento da criança, a maneira como fazê-lo ainda é controversa. Várias são as propostas e modelos para este acompanhamento<sup>4,20</sup>. Para um bom entendimento dessas divergências é importante a definição de certos termos habitualmente usados na literatura, como:

- a) *Screening* é a provável identificação de uma doença ou defeito através da utilização de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados rapidamente. Não se trata de provas diagnósticas; as pessoas que respondem positivamente a eles devem ser encaminhadas para esclarecimento e, se necessário, tratamento. *Screening do desenvolvimento* significa um processo de checagem metodológica do desenvolvimento das crianças aparentemente normais. É tradicionalmente limitado à detecção. Grupos de crianças são testados em idades preestabelecidas para se determinar aquelas com possíveis desvios da normalidade no desenvolvimento<sup>9,19</sup>.
- b) *Vigilância do desenvolvimento* compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas de desenvolvimento da criança. É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros<sup>5,16,38</sup>. Na vigilância do desenvolvimento devem ser considerados os antecedentes familiares da criança, sua história pré, peri e pós-natal, seu exame físico e neurológico, a trajetória de seu desenvolvimento, a percepção dos pais, a qualidade da interação dos pais com a criança, seu ambiente domiciliar, suas experiências extradomiciliares e uma observação acurada da criança<sup>5,38</sup>. Deve-se procurar obter os dados relacionados a

possíveis fatores de risco para distúrbios do desenvolvimento, desde a concepção até o momento do exame, assim como os possíveis fatores protetores a serem incentivados.

- c) *Avaliação do desenvolvimento* é uma investigação mais detalhada de crianças com suspeita de serem portadoras de problemas no desenvolvimento. Geralmente é multidisciplinar e diagnóstica e implica a elaboração de um plano terapêutico interdisciplinar envolvendo as necessidades da criança avaliada<sup>5,20</sup>.

Dependendo da finalidade, todos esses procedimentos têm o seu espaço no estudo do desenvolvimento da criança. Sendo assim, nos inquéritos populacionais, quando o objetivo for rastrear crianças com maior ou menor risco para problemas no desenvolvimento, os testes de *screening* são a melhor opção. No acompanhamento individual da criança, a *vigilância do desenvolvimento* é o mais adequado. Nos casos da necessidade de diagnóstico, torna-se indispensável a *avaliação do desenvolvimento*. Muitas vezes, um procedimento estará imbricado com o outro permitindo um melhor resultado. É possível que na vigilância seja necessário o uso de alguma escala ou teste para servir de roteiro no exame do desenvolvimento<sup>8</sup>.

Um papel de destaque na vigilância do desenvolvimento deve ser dado à percepção dos pais sobre o desenvolvimento dos seus filhos. De um modo geral, há um consenso na literatura de que a opinião dos pais como detectores acurados das deficiências observadas em seus filhos tem alta sensibilidade e especificidade<sup>15,25</sup>.

Em todos esses processos de acompanhar o desenvolvimento da criança e detectar aquelas com possíveis desvios, vários instrumentos foram criados, sendo usados nos processos de *screening*, vigilância ou avaliação do desenvolvimento da criança. As escalas surgiram nas décadas de 1920 e 1930 e, como tantos outros métodos e técnicas

nesta área, receberam modificações e reconstruções, com o objetivo de responder às novas demandas profissionais. São construídas a partir de estudos observacionais de grupos populacionais específicos, com base nos padrões comportamentais e suas evoluções. Esses padrões comportamentais de desenvolvimento infantil são agrupados em áreas, conforme o enfoque teórico-explicativo adotado pelos diferentes autores. Às observações de ocorrências dos comportamentos são atribuídos créditos que, em seu conjunto, transformam-se em índices que podem ser comparados aos padrões normalizados para as diferentes faixas etárias<sup>39</sup>.

Existe uma grande variedade de escalas para avaliação do desenvolvimento que podem ser mais ou menos úteis, cabendo ao examinador fazer uma análise das qualidades e domínio de cada uma delas antes da escolha para seu uso. Entre as mais conhecidas destacam-se a de Arnold Gesell<sup>12</sup>; a *Denver Developmental Screening Test (DDST)*<sup>11</sup>, escala norte-americana mais utilizada em todo o mundo, contestada por alguns e recomendada por outros<sup>13</sup>; a *Bayley Scales of Infant Development (BSID)*<sup>2</sup>, escala também norte-americana, considerada por muitos como padrão ouro para avaliação do desenvolvimento, largamente utilizada em pesquisas de fatores de risco para o desenvolvimento e também empregada na validação e padronização de instrumentos simplificados empregados em comunidades de diversos países<sup>1,23</sup>; e as Guias de Avaliação do Desenvolvimento dos Menores de 6 anos, elaboradas por Lejarraga *et al.* com crianças argentinas<sup>22</sup>. No Brasil têm-se duas escalas elaboradas por pesquisadores nacionais: a *Escala de Desenvolvimento Heloisa Marinho*<sup>24</sup> e a *Escala de Desenvolvimento do Comportamento da Criança Elizabeth Pinto*, para crianças de 1 a 12 meses de vida<sup>35</sup>, concebida a partir de uma abordagem multidisciplinar do desenvolvimento do comportamento humano.

As escalas ou testes têm sua indicação quando bem aplicados, contribuindo para detecção de crianças com risco para possíveis problemas no desenvolvimento e para comparação de populações em locais diversos<sup>14</sup>. Têm seu valor no estudo do desenvolvimento da criança, como sistematizadores do exame, principalmente durante os primeiros anos de vida, fase em que existe predomínio do aspecto biológico-maturacional no processo do desenvolvimento. Entretanto, por serem baseadas em populações de contextos culturais distintos, fica difícil sua aplicação em crianças maiores<sup>33</sup>.

Seguindo a proposta de vigilância desenvolvimento, a Organização Panamericana de Saúde publicou o *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*<sup>8</sup>, elaborado pela equipe que implantou o Programa de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no município de Belém/PA<sup>10</sup>, usando a metodologia da Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) idealizado para a capacitação dos profissionais da atenção primária. Sua finalidade foi de sistematizar o atendimento, facilitando para os profissionais de saúde da atenção primária a orientação dos pais sobre a promoção do desenvolvimento normal dos seus filhos e a detecção precoce de crianças com possibilidades de apresentarem algum problema no desenvolvimento. Estas, por sua vez, seriam referenciadas para uma avaliação por profissionais especializados em desenvolvimento infantil a fim de aprofundar a investigação e instituir o tratamento adequado. Neste instrumento, destacaram-se os fatores de risco para o desenvolvimento, a percepção da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho, a verificação do perímetro cefálico e observação da presença de alterações fenotípicas ao exame físico, assim como a observação de algumas posturas, comportamentos e reflexos presentes em determinadas faixas etárias da criança. Essas posturas e reflexos foram retirados de Lefèvre e Diamant<sup>21</sup> e

os comportamentos/habilidades são das quatro escalas de desenvolvimento citadas anteriormente e validadas por outros autores<sup>2,11,12,24</sup>.

No Brasil, as ações voltadas à vigilância do desenvolvimento da criança, institucionalmente, têm sido muito tímidas, visto que ainda enfrentamos, em várias regiões do país, como a Norte e Nordeste, coeficientes ainda elevados de mortalidade infantil, envidando-se todos os esforços no sentido da sua redução, principalmente no período neonatal. Entretanto, mesmo nas regiões Sul e Sudeste, onde a mortalidade na infância já atingiu índices bem mais baixos que as demais regiões, a vigilância do desenvolvimento da criança ainda não tem acontecido efetivamente nos serviços de atenção primária à saúde<sup>3,37</sup>. Tal fato decorre da complexidade que a ação envolve, não só na capacitação dos recursos humanos, como também na necessidade de serviços especializados para referência dos casos detectados que necessitem tratamento.

Em 1984, com o intuito de melhorar as desfavoráveis condições de saúde da população infantil brasileira, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC)<sup>24</sup>. O PAISC possuía como um dos eixos prioritários de atuação o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, tendo como meio de visualização o “Cartão da Criança” (CC). Algumas publicações foram editadas tais como o *Manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento*, onde eram abordadas as questões do acompanhamento do crescimento e, em menor destaque, do desenvolvimento<sup>3</sup>. Para acompanhamento do desenvolvimento, foi proposta uma Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento para ser anexada ao prontuário da criança. Nesta ficha havia alguns marcos do desenvolvimento que deveriam ser observados e anotados no decorrer da consulta, de acordo com o seguinte código: Presente (P); Ausente (A); não verificado (NA). Na

década de 1990, um segundo modelo do CC foi lançado pelo Ministério da Saúde, dando-se maior ênfase às questões do desenvolvimento. Seguindo as propostas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, foi lançado o Cartão da Criança (CC). Este continha alguns marcos do desenvolvimento da criança de zero a 4 anos de idade, facilitando o trabalho do profissional no acompanhamento do desenvolvimento infantil<sup>27</sup>. Em 2005, o Ministério da Saúde revisou o Cartão da Criança transformando-o na Caderneta de Saúde da Criança, onde o componente desenvolvimento infantil ainda era muito restrito. Em 2006, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi relançada, com algumas modificações, sendo dada maior importância ao componente do desenvolvimento da criança<sup>25</sup>. Na sua sexta versão, em 2009<sup>26</sup>, o componente de desenvolvimento infantil da CSC é feito baseado no *Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI*<sup>8</sup> com algumas modificações, tendo-se em vista a facilidade apresentada para a vigilância do desenvolvimento com a metodologia da AIDPI.

### **Considerações finais**

Apesar da existência de roteiros sistematizados para a vigilância do desenvolvimento da criança, esta prática ainda não está incorporada nas ações rotineiras do profissional de saúde na atenção primária, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em vias de organização dos seus sistemas de saúde<sup>6,18,36,37</sup>. Diversas causas são citadas pelos profissionais de saúde da atenção primária justificando a dificuldade em cumprir tal atividade no atendimento da criança, indo desde falta de conhecimentos suficiente sobre o desenvolvimento da criança, passando pelo tempo de consulta insuficiente para o cumprimento de todas as demandas necessárias para um adequado atendimento



de puericultura, até a grande demanda para atendimento e a falta de materiais para avaliação dos marcos do desenvolvimento da criança<sup>9</sup>.

Entretanto, algumas pesquisas têm demonstrado que programas de formação e educação permanente sobre vigilância do desenvolvimento da criança, bem planejados, com metodologias adequadas, envolvendo não só treinamento teórico, mas com prática e encontros posteriores para discussão de casos, podem melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde nessa área, assim como o ocorrido em algumas regiões do país onde foi desenvolvido<sup>7,36</sup>. São imprescindíveis, portanto, atuações constantes na busca de respostas adequadas e oportunas frente a este novo contexto, as quais incluem adequada formação, qualificação profissional e organização dos serviços de saúde de forma a favorecer a integralidade, o vínculo e a continuidade dos cuidados da criança.

#### Referências

1. Ayward GP, Verhulst SJ. Predictive utility of the Bayley Infant Neurodevelopmental Screener (BINS) risk status classifications: clinical interpretation and application. *Dev Med Child Neurol.* 2000; 42(1):25-31.
2. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development III. San Antonio, TX: The American Psychological Corporation; 2006.
3. Della Barba PCS. Identificação precoce de autismo: a aplicabilidade do instrumento chat e levantamento das necessidades de pediatras para capacitação [dissertação de mestrado]. São Carlos Universidade Federal de São Carlos; 2002.
4. Dworkin PH. British and american recommendations for developmental monitoring: the hole of surveillance. *Pediatrics.* 1989; 84:1000-1010.
5. Dworkin PH. Detection of behavioral, developmental, and psychosocial problems in pediatric primary care practice. *Curr Opin Pediatr.* 1993; 5:531-536.
6. Figueiras AC, Puccini RF, da Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saude Publica.* 2003; 19(6):1691-1699.
7. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study. *Sao Paulo Med. J.* 2014; 132(4):211-218. [acesso em 2 maio 2015]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-31802014000400211&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400211&lng=en).
8. Figueiras ACM, Souza ICN, Rios V, Benguigui Y. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington (DC): OPAS; 2005.
9. Figueiras ACM. Programa de vigilância do desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde: uma experiência no município de Belém. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2006.

10. Figueiras AM. Programa de vigilância de desarrollo en el contexto infantil de AIEPI. In: Benguigui Y, Bissot AA, editores. Desafios em la atención pediátrica em el siglo XXI. La estrategia AIEPI em el XIII Congresso Latino-Americano de Pediatria (pp. 99-109). Panamá: Organización Panamericana de la Saude; 2003. p.99-109. [acesso em 5 jul 2013]. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desafio.pdf>.
11. Frankenburg WK, Dodds JB. The Denver developmental screening test. *J Pediatr*. 1967; 71:181-191.
12. Gesell A, Amatruda C. Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño: metodos clinicos e aplicaciones praticas. Buenos Aires: Medico Qirurgica; 1945.
13. Glascoe FP, Byrne KE, Ashford LG, Jonson KL, Changs B, Strikeland B. Accuracy of the Denver II developmental screening. *Pediatrics*. 1992; 89:1221-1225.
14. Glascoe FP. Are overreferral on developmental screening tests really a problem? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155:54-59.
15. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr (Phila)*. 2003; 42(2):133-8.
16. Goldfarb CE, Roberts W. Developmental monitoring in primary care. *Can Fam Phisician* 1996; 42:1527-1536.
17. Hadders-Algra M. Challenges and limitations in early intervention. *Dev Med Child Neurol*. 2011; 53 Suppl 4:52-55.
18. Halfon N, Regalado M, Sareen H et al. Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics*. 2004; 113(6 Suppl):1926-1933.
19. Hall DM, Stewart-Brown S. Screening in child health. *Br Med Bull*. 1998; 54:929-943.
20. Hutchson T, Nicoll A. Developmental screening and surveillance. *Br Hosp Med*. 1988; 39:22-29.
21. Lefèvre BL, Diament A. Exame neurológico do recém-nascido de termo. In: Diament A, Cypel S. *Neurologia infantil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990.
22. Lejarraga H, Krupitzky S, Kelmansky D, Martinez E, Bianco A, Pascucci MC et al. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo em ninos argentinos menores de 6 anos. *Archivos argentinos de Pediatria*. 1996; 94:355-368.
23. Lima MC, Eickmann SH, Lima ACV, Guerra MQ, Lira PIC, Huttly SRA, Ashworth A. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brasil. *Acta Paediatr*. 2004; 93(7):969-975.
24. Marinho H. Escala do desenvolvimento Heloisa Marinho. Rio de Janeiro: América; 1978.
25. Martin AJ, Darlow BA, Salt A et al. Identification of infants with major cognitive delay using parental report. *Dev Med Child Neurol*. 2012; 54(3):254-259.
26. Menezes AMB, Dumith SC, Martínez-Mesa J, Silva A, Cascaes AM, Domínguez GG et al. Problemas de saúde mental e tabagismo em adolescentes do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4).
27. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010; 49:980-989.
28. Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 1986. (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança)
29. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF); 1984.
30. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. 3.ed. Brasília (DF); 2006.
31. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. 6.ed. Brasília (DF); 2009. [acesso em 10 abr 2015]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cadmenina.pdf>
32. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Atendimento integrado à saúde da criança – módulo I – cartão da criança (instrutivo). Brasília (DF); 1992.
33. Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas de desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *J Pediatr*. 2003; 79(supl. 1):33-42.
34. Palfrey JS, Hauser-Cram P, Bronson MB. The Brookline Early Education Project: a 25-year follow-up study of a family-centered early health and development intervention. *Pediatrics*. 2005; 116(1):144-152.
35. Pinto EB, Vilanova LCP, Vieira RM. O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida. São Paulo: FAPESP/Casa do Psicólogo; 1997.
36. Reichert APS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia da saúde da família. [tese de doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2011. [acesso em 5 jul. 2013]. Disponível em: [http://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses\\_e\\_dissertacoes/altamira.pdf](http://www.ufpe.br/posca/images/documentos/teses_e_dissertacoes/altamira.pdf)
37. Resegue R, Puccini RF, Silva EM. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. *São Paulo Med J*. 2008; 126(1):4-10.
38. Sandler AD, Brazdziunas D, Cooley WC, L. González de Pijem L.; D. Hirsch D, Kastner, TA et al. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001; 108(1):192-196.
39. Sucupira ACSL, Werner Júnior J, Resegue R. Desenvolvimento. In: Sucupira ACSL, organizadora. *Pediatria em consultório*. 4.ed. São Paulo: Savier; 2000. p.22-39.

# Amamentação: da prevenção da mortalidade infantil à promoção do desenvolvimento integral da criança

## **Breastfeeding: the prevention of infant mortality to promote the integral development of children**

Sonia Isoyama Venancio<sup>1</sup>

### **Resumo**

Pretende-se neste artigo apresentar um breve histórico da amamentação e diversos movimentos que ocorreram no sentido de resgatar essa prática desde a década de 70, os quais repercutiram no Brasil com a definição de várias estratégias e ações no âmbito da política pública. Destacam-se as evidências científicas sobre o papel da amamentação para a redução da mortalidade infantil e chama-se a atenção para os estudos mais recentes que associam a amamentação à prevenção de doenças crônicas. Por fim, ênfase é dada à importância da amamentação para o desenvolvimento integral da criança; destaca-se que as evidências apresentadas nesse breve ensaio deveriam ter implicações importantes em termos de políticas de saúde da criança, especialmente aquelas voltadas ao desenvolvimento da Primeira Infância, uma vez que sugerem fortemente que o investimento na promoção do aleitamento materno poderá resultar não apenas em melhoria da saúde física, mas também na promoção de melhores resultados intelectuais e psicoemocionais.

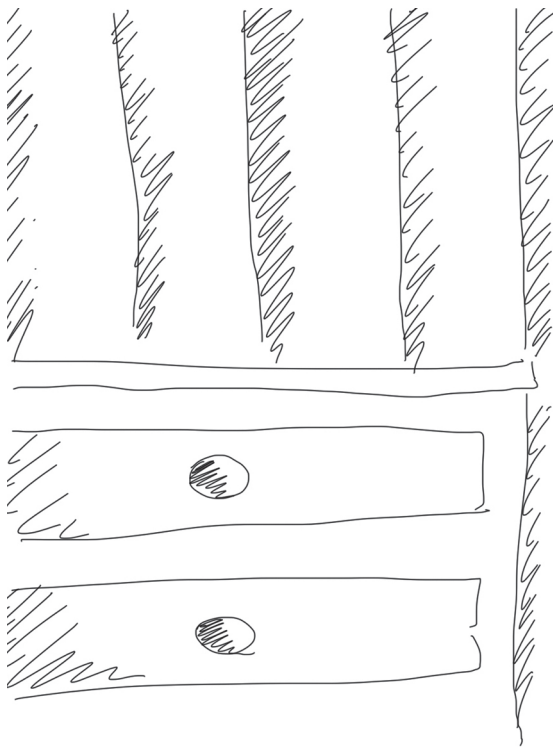
**Palavras-chave:** amamentação, aleitamento materno, desenvolvimento infantil.

### **Abstract**

This article is intended to provide a brief history of breastfeeding and different movements that have taken place in order to rescue this practice since the 70s, which had repercussions in Brazil with the definition of various strategies and actions in the field of public policy. It highlights the scientific evidence on the role of breastfeeding in reducing infant mortality and called attention to the latest studies linking breastfeeding to prevent chronic diseases. Finally, emphasis is on the importance of breastfeeding for the integral development of the child; It highlights that the evidence presented in this brief essay should have important implications for child health policies, especially those related to the development of Early Childhood, since strongly suggest that investing in breastfeeding promotion may result not only in improved physical health but also the promotion of better intellectual and psycho-emotional outcomes.

**Keywords:** breastfeeding, breast feeding, child development.

<sup>1</sup> Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica pediatra, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP, Pesquisadora Científica VI e Vice-diretora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que a amamentação seja praticada de forma exclusiva, ou seja, sem a oferta de água, chá, suco, outros líquidos ou alimentos, até o sexto mês de vida da criança e juntamente com alimentos complementares até os 2 anos ou mais (WHO, 2001). Essa recomendação é baseada em evidências sobre as inúmeras vantagens da amamentação, tanto sobre os aspectos nutricionais e imunológicos quanto no plano psicossocial<sup>6,5</sup>.

Apesar do consenso sobre os benefícios e vantagens da amamentação, sua prática ainda atinge níveis subótimos no Brasil, assim como em outros países. De acordo com pesquisas nacionais

de base populacional, é possível constatar que, embora os índices de amamentação no Brasil venham aumentando gradativamente, dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, apontam que a prevalência da amamentação exclusiva era de 41% entre os menores de seis meses e que a duração mediana da amamentação atingiu 11,3 meses<sup>11</sup>.

### Amamentação

A situação atual é uma herança do início do século XX, período marcado por um intenso processo de desmame precoce que assolou a população de crianças em todo o mundo. Tal período foi carac-

terizado por mudanças importantes da sociedade, com a industrialização, urbanização, inserção da mulher no mercado de trabalho e o aumento da disponibilidade de leites industrializados, acompanhado de estratégias agressivas de marketing voltado ao consumo desses produtos, resultando naquilo que alguns autores denominam como uma “epidemia de desmame”<sup>3</sup>.

O impacto da utilização de leites industrializados sobre o aumento das taxas de mortalidade infantil, associada ao aumento dos níveis de desnutrição, começou a ser documentada na década de 1970. Como resultado, tem início um grande movimento pró-amamentação, liderado por organismos internacionais como OMS e Unicef. Em 1979, ocorre em Genebra a Reunião Conjunta OMS/Unicef sobre Alimentação Infantil da Criança Pequena, que tem como desdobramento a elaboração de um código de conduta ética quanto à propaganda de produtos que interferem na amamentação. Em 1981, esse Código é aprovado na Assembleia Mundial de Saúde. Outros marcos deste movimento foram: a assinatura da Declaração de Innocenti, em 1990, produzida e adotada por representantes de organizações governamentais, ONGs e defensores da amamentação de países de todo o mundo, a qual propõe um conjunto de estratégias para promover, proteger e apoiar a amamentação; e o lançamento, em 1991, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com dois objetivos: mudar as rotinas hospitalares segundo o cumprimento dos “Dez Passos Para o Sucesso da Amamentação” e não aceitar doações de substitutos do leite materno<sup>10</sup>.

Esse movimento global para a retomada da prática da amamentação teve seus reflexos no Brasil com a criação, em 1981, do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. A partir daí, várias estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação foram desenvolvidas no país, merecendo destaque: a expansão da Rede Brasileira

de Bancos de Leite Humano, composta atualmente por cerca de 270 unidades; a expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a qual conta com a adesão de cerca de 340 maternidades no país; avanços relacionados à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), decorrentes das mudanças nessa legislação que ocorreram em 2002; da criação da Lei 11.625, publicada em 2006, visando à regulamentação da promoção comercial e das orientações do uso apropriado de alimentos para crianças de até 3 anos; e, por fim, a intensa mobilização social provocada pela comemoração das Semanas Mundiais da Amamentação, e a instituição do Dia Nacional da Doação de Leite Humano, em 1º de outubro<sup>12</sup>.

Até aqui relatamos um breve histórico da amamentação e diversos movimentos que ocorreram no sentido de resgatar essa prática desde a década de 1970. Vale ressaltar que esse esforço esteve fortemente relacionado às metas globais de redução da mortalidade infantil, especialmente o componente relacionado a doenças infecciosas. Nesse contexto, vários pesquisadores se dedicaram a buscar evidências sobre o impacto da amamentação sobre as doenças e mortes na infância.

Alguns estudos podem ser destacados, como o realizado por Feachem e Koblinsky<sup>2</sup>, que realizaram uma meta-análise mostrando que amamentar exclusivamente até cerca de 4-6 meses protegia a criança contra a morte por doenças infecciosas; Victora *et al.*<sup>15</sup>, que em um estudo caso-controle demonstraram que crianças amamentadas de forma exclusiva tinham menor risco de morrer por diarreia e outras infecções; Jones *et al.*<sup>5</sup>, os quais apontam que o aleitamento materno é a estratégia que mais previne mortes infantis, com potencial de reduzir em 13% as mortes em crianças menores de 5 anos; Edmond *et al.* (2006)<sup>1</sup>, que demonstram que a amamentação praticada na primeira hora de vida



pode reduzir em até 22% as mortes neonatais.

Tais evidências tiveram fundamental importância para que o aleitamento materno fosse incluído com destaque nas políticas visando à redução da mortalidade infantil. De fato, na análise dos avanços e desafios da saúde materna e da criança no Brasil, elaborada por Victora *et al.*<sup>13</sup>, a amamentação é apontada como um dos fatores responsáveis pelo declínio da mortalidade infantil que ocorreu no Brasil nas últimas décadas.

Porém, mais recentemente, a amamentação tem sido incluída em outras agendas, como aquelas relacionadas à prevenção de doenças crônicas. Podemos citar como exemplo o destaque dado à amamentação na “Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde”, aprovada na 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004:

*A saúde e a nutrição das mães antes de engravidar e durante a gravidez, e a alimentação do bebê durante os primeiros meses, são importantes para a prevenção das doenças não transmissíveis durante toda a vida. A amamentação natural exclusiva durante seis meses, seguida de uma alimentação complementar apropriada, contribuem para um ótimo desenvolvimento físico e mental... (WHO, 2004).*

Nesse sentido, podemos citar a contribuição de Horta e Victora<sup>4</sup>, que realizaram uma revisão sistemática com meta-análise sobre os efeitos da amamentação em longo prazo. Os autores verificaram pequeno efeito protetor da amamentação em relação à redução da pressão arterial sistólica, proteção substancial em relação ao diabetes tipo 2, 24% de redução do sobrepeso/obesidade.

Esses autores discutem também a plausibilidade biológica de tais achados. Em relação à pressão arterial, sugerem que a maior exposição das crianças alimentadas com leites industrializados a maiores concentrações de sódio poderia explicar os

achados. Em relação ao diabetes tipo 2, pelo menos três vias biológicas têm sido propostas para explicar o efeito protetor de amamentação: a presença de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa no leite materno, que poderiam proteger contra a resistência à insulina; a maior secreção de insulina em bebês alimentados com fórmula infantil levando à falência de células beta e a proteção da amamentação contra obesidade, que poderia consequentemente prevenir o diabetes tipo 2. Sobre a prevenção do sobrepeso/obesidade, diversos mecanismos têm sido apontados, tais como menor quantidade de proteína do leite materno, diferente resposta à insulina de bebês amamentados e diferenças entre preferência e hábitos alimentares de crianças amamentadas e alimentadas com fórmula.

Por fim, focalizaremos no impacto da amamentação sobre o desenvolvimento infantil, uma vez que os investimentos para o desenvolvimento na Primeira Infância e mais especificamente nos primeiros 3 anos de vida vem adquirindo enorme importância em quase todos os países e programas de governo. De fato, percebe-se que diante dos avanços em relação à redução da mortalidade infantil, a agenda da criança tem se ampliado para buscar estratégias que garantam o pleno desenvolvimento na infância.

E nesse cenário, qual seria a contribuição da amamentação?

Uma consulta à Enciclopédia sobre Desenvolvimento na Primeira Infância, que pode ser consultada no sítio <<http://www.encyclopedia-crianca.com/>>, mostra que a relação entre amamentação e desenvolvimento infantil tem sido alvo de diversas pesquisas.

Apesar das dificuldades em se conduzir ensaios clínicos randomizados para avaliar o impacto da amamentação sobre o desenvolvimento, Lucas *et al.*<sup>6</sup> compararam os resultados da alimentação de bebês prematuros com leite humano armazenado

do em bancos de leite, com leite em pó para prematuros e com leite em pó para bebês nascidos a termo; os resultados indicaram melhor desenvolvimento cognitivo para aqueles que receberam o leite humano armazenado em bancos de leite.

Perez-Escamilla<sup>9</sup>, em seu artigo intitulado “A influência do aleitamento materno sobre o desenvolvimento psicossocial”, aponta evidências substanciais em apoio a um possível vínculo entre aleitamento materno e desenvolvimento psicossocial da criança, sendo o mesmo consistentemente associado a escores cognitivos mais altos.

Um estudo brasileiro sugere que a amamentação esteve associada a um melhor desempenho escolar em adolescentes, em uma população na qual a duração da amamentação não variou de forma expressiva em relação às condições socioeconômicas<sup>14</sup>.

Em revisão sistemática mais recente realizada por Horta e Victora<sup>4</sup>, verificamos que a amamentação esteve associada a melhor desempenho em escores de desenvolvimento cognitivo em crianças e adolescentes (incremento médio de 3,5 pontos), mesmo após o controle de variáveis de confundimento, como QI materno. Em relação à plausibilidade biológica, os autores apontam que vários mecanismos poderiam ser responsáveis por esse efeito, entre eles a presença de ácidos graxos de cadeia longa poli-insaturados no leite humano. Além disso, a amamentação também está positivamente associada à sensibilidade materna e com a ligação entre mãe e criança, o que constitui um mecanismo adicional para o efeito ao longo prazo do aleitamento materno na cognição.

Em 2015, Victora *et al.* contribuem mais uma vez para o debate sobre a relação entre amamentação e desenvolvimento cognitivo ao publicarem os resultados de um estudo prospectivo de base populacional, da coorte de recém-nascidos de 1982 de Pelotas, Brasil. Informações sobre o aleitamento

materno foram registradas no início da infância e, aos 30 anos de idade, estudou-se o QI (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, terceira versão), nível de escolaridade e renda dos participantes. Os autores concluíram que a amamentação está associada a um melhor desempenho em testes de inteligência 30 anos depois, e pode ter um importante efeito no longo prazo, aumentando níveis de escolaridade e renda na idade adulta<sup>15</sup>.

### **Considerações finais**

As constatações apresentadas neste breve ensaio deveriam ter implicações importantes em termos de políticas de saúde da criança, especialmente aquelas voltadas ao desenvolvimento da Primeira Infância, uma vez que sugerem fortemente que o investimento na promoção do aleitamento materno poderá resultar não apenas em melhoria da saúde física, mas também na promoção de melhores resultados intelectuais e psicoemocionais.

social. Campinas: Unicamp, 1988.

4. Horta B, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. Genebra: World Health Organization; 2013.

5. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362:65-71.

6. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Pagne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. 1992; 339(8788):261-264.

7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos – um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília (DF); 2010.

8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil – aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF); 2009.

9. Pérez-Escamilla R. Influence of breastfeeding on psychosocial development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, editores. *Encyclopedia on Early Childhood Development [on-line]* Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2005. p.1-6 Disponível em: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/Perez-EscamillaANGxp.pdf>

10. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 Suppl 1:S37-S45.

11. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil (1975-2008). *Rev. de Saúde Pública*. 2013; 47:1205-1208.

12. Venancio SI. Formação de redes e ações para apoio, promoção e proteção do aleitamento materno. In: Cardoso MA, organizadora. *Nutrição e saúde coletiva*. São Paulo: Atheneu; 2014. p.283-292.

13. Victora CG, Aquino, EMM, Leal MC, Monteiro, CA, Barros, FCLF, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet. Health in Brazil*. 2011; p. 32-46. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>

14. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr*. 2005; 94:1656-1660.

15. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet*. 2005;3(4):1199-e205. [acesso em abr 2015]. Disponível em: [www.thelancet.com/lancetgh](http://www.thelancet.com/lancetgh).

16. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet*. 1987; 2:319-321.

#### Referências

1. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:380-386.

2. Feachem RG, Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoea diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bulletin of the World Health Organization*. 1984; 62:271-291.

3. Goldenberg P. Repensando a desnutrição como questão

# Nutrição e desenvolvimento infantil

## Nutrition and child development

Silvia Regina Dias Médici Saldiva<sup>1</sup>

### Resumo

Para um crescimento e desenvolvimento infantil adequado, as crianças necessitam de um consumo alimentar em quantidades suficientes de energia e nutrientes, estar isenta de doenças e receber cuidados apropriados a sua idade. Os principais fatores que interferem no desenvolvimento infantil são as condições precárias de vida, insegurança alimentar da família, baixa escolaridade dos pais e falta de acesso à saúde de qualidade. É consenso mundial que o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, é a forma mais segura de alimentar as crianças, e principalmente, de proteção contra as morbidades e mortalidade. A introdução precoce de outros alimentos está associada a maiores episódios de diarreia, mais internações por infecções respiratórias e, maior risco de desnutrição, entre outros. Assim, é muito importante que os profissionais de saúde da atenção básica, estejam conscientemente engajados nas estratégias estabelecidas pelo SUS em relação à alimentação na primeira infância.

**Palavras-chave:** alimentação infantil, crescimento e desenvolvimento infantil.

### Abstract

For a proper growth and development of the children, they need to consume food in sufficient amounts of energy and nutrients, be free of disease and receive appropriate care for their age. The main factors affecting child development are the poor living conditions, food insecurity of the family, low parental education and lack of access to quality health care. It is a world consensus that the exclusive breastfeeding during the first six months of life, is the safest way to feed the children, and especially to protect them against morbidity and mortality. The early introduction of other foods is associated with higher episodes of diarrhea, more hospitalizations for respiratory infections and increased risk of malnutrition, among others. Thus it is very important for health professionals of primary care to be consciously engaged in strategies established by the SUS in relation to nutrition in early childhood.

**Keywords:** child nutrition, child growth and development.

<sup>1</sup> Silvia Regina Dias Médici Saldiva (smsaldiva@isaude.sp.gov.br) é nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Pesquisadora Científica VI e diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS/SP do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.



### Introdução

**A** nutrição desempenha um papel importante na determinação da saúde de uma pessoa ao longo da vida, inclusive no período intrauterino. O estado nutricional no início da vida pode alterar a programação metabólica e a composição corporal. Os hábitos alimentares são elementos fundamentais da nutrição e são influenciados por diversos fatores, incluindo os pessoais, familiares, escolaridade materna, estrato socioeconômico e ambiente cultural<sup>37</sup>.

O baixo peso ao nascer reflete as condições do período intrauterino e a desnutrição materna durante a gestação. A exposição à fome durante o período fetal provoca uma série de alterações na expressão gênica, promovendo maior risco para a doença arterial coronariana, risco aumentado de hipertensão, obesidade e diabetes na vida adulta<sup>33,1</sup>. Portanto, o peso ao nascer é um importante indicador do es-

tado nutricional do feto. Em 1987, foi adotada a classificação de Puffer e Serrano para definição do estado nutricional do recém-nascido. Crianças com pesos inferiores a 2.500 g são consideradas de baixo peso, as que nascem entre 2.500 a 2.999 g, com peso insuficiente, e aquelas com peso igual ou acima a 3.000 g, com peso adequado<sup>22</sup>.

O parto prematuro também se caracteriza por um problema de saúde pública, por ser a principal causa da mortalidade e da morbidade entre recém-nascidos<sup>28</sup>. O nascimento prematuro é definido como aquele que ocorre com menos de 37 semanas de gestação. No Brasil, o índice de prematuridade tem aumentado<sup>26</sup>. O manejo do prematuro é bastante complexo e implica uma série de estratégias para sua sobrevivência, das quais podemos citar o método canguru e o aleitamento materno<sup>29,1</sup>. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma curva de crescimento para o monitoramento e desenvolvimento dos prematuros<sup>32</sup>.



### **Nutrição infantil**

O acompanhamento do estado nutricional do lactente deve ser feito por meio das medidas antropométricas de peso, comprimento e perímetro cefálico. Esse é um dos períodos que requerem bastante atenção, pois a velocidade de crescimento é intensa. Nos primeiros seis meses de vida, o peso deve ser medido mensalmente, pois possibilita a detecção precoce de problemas nutricionais. Espera-se que a criança aos seis meses dobre o peso de nascimento e triplique com um ano de idade. Já em relação ao comprimento, ela deve aumentar em torno de 55% do seu comprimento ao nascer<sup>35</sup>.

Em relação à alimentação da criança nos primeiros seis meses, têm sido extensivamente documentados os benefícios de se adotar a prática do aleitamento materno exclusivo, que no curto prazo protege contra desnutrição, mortalidade, doenças infecciosas e carências, favorece a formação de vínculo entre mãe e filho, e no longo prazo traz vantagens na prevenção: da obesidade, do desenvolvimento de doenças crônicas, das cáries dentárias e na melhora do desenvolvimento mental e psicomotor. Um estudo recém-publicado mostrou que a amamentação está associada a um melhor desempenho em testes de inteligência 30 anos depois, e, ainda, pode ter um efeito de aumentar a capacidade educacional e renda na idade adulta<sup>30</sup>.

A introdução precoce de outros alimentos e líquidos é desvantajosa, podendo interferir na absorção de nutrientes importantes como o ferro e o zinco, além de aumentar o risco para as doenças infecciosas como diarreias e pneumonias<sup>31</sup>, alergias e dermatites atópicas, entre outros.

As crianças após 6 meses de idade, além de continuar recebendo o leite materno até os 2 anos de idade, devem também receber uma alimentação complementar diversificada incluindo: cereais, legumes, tubérculos, carnes, frutas e verduras<sup>36</sup>. Nessa idade ela já desenvolveu os reflexos neces-

sários para a deglutição, já sustenta a cabeça, inicia a erupção dos primeiros dentes e começa a estabelecer as preferências alimentares e o paladar<sup>8</sup>.

Para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças, a alimentação complementar deve suprir adequadamente as necessidades de energia e micronutrientes. Os problemas mais comuns relacionados à forma inadequada de alimentação complementar são: anemia, excesso de peso e a desnutrição. Desde o início, a papa salgada deve ter uma consistência pastosa, com uma densidade mínima de 70 kcal/100 ml para evitar o déficit de energia. É recomendado o uso de papa de frutas e desaconselhados os sucos e sopas por serem muito diluídos. O esquema alimentar adequado para essa faixa etária está muito bem descrito no Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos de idade do Ministério da Saúde<sup>5</sup>. Antes dos 2 anos de idade não se recomenda a oferta de alimentos ricos em açúcar, sal e gordura como: frituras, alimentos enlatados, salgadinhos, refrigerantes, bolachas recheadas, sucos industrializados, gelatinas, balas e açúcar de adição. O sal deve ser usado com moderação<sup>8</sup>.

A Coordenadoria Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde (CGAN), juntamente com alguns especialistas da área, elaborou os Dez Passos para Alimentação Saudável de crianças menores de 2 anos<sup>8</sup>. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul, cujo objetivo foi avaliar o impacto da implementação dos Dez Passos da Alimentação Saudável em crianças menores de um ano de idade, mostrou que a intervenção se associou a uma proporção maior de aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses, de amamentação aos 12 meses, e a menor proporção de crianças que apresentaram cárie, diarreia, problemas respiratórios e uso de medicamentos na faixa etária de 12 a 16 meses<sup>33</sup>.

Diante da dificuldade de se avaliar a qualidade da alimentação complementar (AC) oferecida às crianças, principalmente se considerarmos os vários

contextos culturais; a WHO, em 2007, juntamente com um grande número de especialistas, pactuou oito indicadores principais e sete opcionais para a avaliação da prática da alimentação infantil de crianças menores de 2 anos de idade, com intuito de padronizar e garantir a comparabilidade entre os estudos de diversos países. Os indicadores principais são: 1) Início precoce do AM; 2) AME em menores de 6 meses; 3) Continuidade do AM com 1 ano de idade; 4) Introdução de alimentos sólidos ou pastosos; 5) Diversidade mínima da dieta; 6) Frequência mínima de refeições; 7) Dieta mínima aceitável e 8) Consumo de alimentos ricos em ferro ou fortificados<sup>35</sup>.

Desde 2008, a CGAN adotou marcadores de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web), para a avaliação do consumo alimentar da população brasileira na rotina da Atenção Básica<sup>11</sup>. Os marcadores/indicadores para crianças menores de 2 anos adotados são muito semelhantes aos da OMS. Destaco aqui os indicadores da AC:

- 1) Introdução de alimentos: indicador que reflete a proporção de crianças de 6 a 8 meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade. A frequência recomendada para crianças de 6 a 6 meses e 29 dias é duas frutas e uma comida de sal; de 7 a 8 meses e 29 dias duas frutas e duas comidas de sal.
- 2) Diversidade alimentar mínima: indicador que apresenta a proporção de crianças de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares. – Leite materno ou outro leite que não do peito, mingau com leite ou iogurte; – Frutas, legumes e verduras; – Vegetais ou frutas de cor alaranjada e folhas verdes escuras; – Carnes e ovos; – Feijão; e – Cereais e tubérculos.
- 3) Frequência mínima e consistência adequada: esse indicador avalia a proporção de crianças

de 6 a 23 meses e 29 dias que receberam comida de sal com frequência e consistência adequadas para a idade.

Outros dois marcadores importantes são: Consumo de alimentos ricos em ferro e o Consumo de alimentos ricos em vitamina A.

Para se avaliar o consumo de alimentos não saudáveis foram propostos os seguintes marcadores: o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados<sup>11</sup>.

A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Amamenta e Alimenta Brasil) é uma ação que visa à qualificação dos profissionais da Atenção Básica no sentido de intensificar a atuação de apoio, proteção e promoção ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável no âmbito da Atenção Básica<sup>10</sup>.

Atualmente, uma das principais carências nutricionais do país é a anemia ferropriva, de grande magnitude em saúde pública. Uma revisão sistemática de 2009 mostrou que a anemia estava presente em 52% das crianças pertencentes a creches/escolas; 60% aos serviços de saúde; 66% a populações com iniquidades, e, ainda, 40% a estudos de base populacional. A anemia afeta o metabolismo energético, o crescimento, diferenciação celular, mielogênese, competência imunológica, absorção e bitransformação<sup>10</sup>. Provoca retardo mental, reduz o desempenho cardíaco e ineficiência na capacidade de realizar trabalho. A anemia provoca prejuízos no rendimento escolar, acuidade mental e capacidade de concentração, como também consequências para o sistema nervoso<sup>6</sup>.

Morgan e colaboradores mostraram uma associação positiva do tipo dose-resposta entre o consumo de carne dos 4 aos 16 meses, e melhor desenvolvimento psicomotor em crianças aos 24 meses<sup>19</sup>.

Um estudo americano sobre a alimentação no primeiro ano de vida mostrou que a introdução de carne ou substitutos da carne ocorre, em média, aos oito meses de idade<sup>6</sup>, o que é bastante preocupante dada a prevalência mundial de anemia.

Esses dados apontam para a necessidade de se intensificar a mensagem do uso das carnes na papa salgada logo no início da alimentação complementar, por serem excelentes fontes de ferro e zinco de alta biodisponibilidade, assim como facilitam a absorção do ferro inorgânico presente nos vegetais e em outros alimentos<sup>8</sup>. Um estudo realizado em Vitória/ES, em 2008, que avaliou cerca de 700 crianças entre 1 e 5 anos de idade pertencentes às Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, mostrou que a anemia e a deficiência de ferro estiveram associadas a baixos níveis de retinol e, ainda, que houve correlação positiva entre os níveis de retinol e os de ferritina sérica e hemoglobina<sup>24</sup>.

Outras estratégias adotadas pelo Brasil incluem a suplementação de sulfato ferroso após os 6 meses de idade, o enriquecimento de ferro e ácido fólico nas farinhas. Em cada 100 g de farinha de trigo e de milho deverá conter 4,2 mg de ferro e 150 mcg de ácido fólico (Resolução – RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002)<sup>1</sup>. A partir de 2014, o Brasil iniciou a estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS), como ação optativa nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, uma pactuação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação<sup>6</sup>.

Os últimos dados nacionais sobre o estado nutricional da população menor de 5 anos<sup>7</sup> mostrou que a prevalência de baixo peso para a estatura nessa faixa etária foi de 1,6%, que a baixa estatura para a idade foi de 6,8%. Em comparação aos dados de 1996, pode-se observar uma notável diminuição da desnutrição infantil no Brasil. Essa diminuição deve ser atribuída principalmente a melhoria das condições de vida. A baixa estatura

é mais frequente em áreas de piores condições socioeconômicas<sup>11</sup>. Dados de um estudo realizado em dois municípios do estado do Acre apontaram que a prevalência de déficit de estatura para idade é ainda um problema de saúde pública, com prevalência de 9,9%, e os fatores associados foram: baixo índice de riqueza domiciliar, analfabetismo do pai ou padrasto, ausência da mãe biológica no domicílio, ter dois ou mais irmãos menores e presença de esgoto a céu aberto no domínio domiciliar<sup>26</sup>.

Neste contexto, é preciso ainda levar em conta a insegurança alimentar que, embora esteja mais concentrada nas regiões Norte e Nordeste, onde 46 e 65% dos municípios apresentam prevalências de insegurança alimentar grave, ela também está presente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul nas categorias média e leve, respectivamente<sup>7</sup>. Os resultados de um estudo que avaliou o perfil alimentar de famílias com insegurança alimentar num município paulista, indicaram uma dieta monótona e composta basicamente por alimentos energéticos<sup>21</sup>. Um estudo realizado em um município da região do semiárido nordestino mostrou que as crianças menores de 5 anos pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) tiveram três vezes mais risco de consumir guloseimas<sup>22</sup>.

Vários estudos internacionais e nacionais mostram que as crianças estão sendo precocemente expostas a dietas não saudáveis. Nos Estados Unidos, mais da metade das crianças com 1 ano de idade (66%) tinham consumido alimentos açucarados e/ou gordurosos e pobres em nutrientes, sendo que 43% receberam batatas fritas e 52% balas/chocolates e/ou bolos<sup>6</sup>. Resultados de um estudo sobre o consumo de alimentos não saudáveis em crianças menores de um ano nas capitais brasileiras e Distrito Federal, mostrou que cerca de 50% das crianças de 6 a 12 meses tinham consumido açúcar/mel e 59% salgadinhos ou bolachas<sup>22</sup>.

Há um conjunto de evidências que relacionam a qualidade da alimentação complementar como uma expressão do conhecimento da mãe, suas relações familiares e sociais, assim como a sua condição econômica e educacional<sup>9,22,25</sup>.

A partir de primeiro ano de vida a criança está apta a receber a comida da família, porém alguns cuidados são necessários em relação aos condimentos de sabores acentuados. O período compreendido entre 1 a seis anos de idade é denominado de pré-escolar e é caracterizado pela diminuição na velocidade de crescimento, assim como de apetite. A inapetência do pré-escolar é muito comum e pode estar relacionado à atenção desviada para outras atividades como correr, brincar, etc. A percepção da mãe em relação à inapetência deve ser encarada com cuidado, sendo o diagnóstico nutricional imprescindível, com o monitoramento da adequação de peso para estatura e estatura/idade<sup>9</sup>.

As chantagens e artifícios para obrigar a criança a comer são desestimulados por provocarem desestruturação no comportamento alimentar. Alguns estudos mostraram que as estratégias para aumentar o consumo de determinados alimentos como verduras, legumes e frutas, aumentaram a rejeição dos mesmos<sup>20,27</sup>. Quando houver recusa por alguns alimentos é importante oferecer esses mesmos alimentos em diferentes combinações, sabores e texturas para estimular a criança a comê-los<sup>10</sup>.

Nessa fase é importante respeitar os intervalos de ingestão de qualquer alimento que deve ser em torno de duas a três horas. A dieta deve estar fracionada em seis refeições diárias, em horários regulares, incluindo os lanches. As refeições principais devem, necessariamente, ter verduras e legumes mesmo que a criança não aceite. Caso a criança se recuse comer a refeição principal, não substitua por leites ou outros produtos<sup>34</sup>.

Atualmente, a obesidade infantil é reconhecida um problema grave e alarmante para a

saúde pública no mundo todo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), na América Latina a prevalência estimada de sobrepeso e obesidade em crianças menores de cinco anos foi de 6,9% (IC de 95%: 5,8-8,0%)<sup>4</sup>. No Brasil, os resultados da PNDS (2006) registraram uma prevalência de excesso de peso em 7,4% para a mesma faixa etária<sup>7</sup>. Segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2008-2009), um terço das crianças entre 5 e 9 anos estavam com excesso de peso, sendo que 16,6% dos meninos e 11,8% das meninas eram obesas<sup>8</sup>.

No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, é possível identificar algumas situações que frequentemente estão associadas à obesidade, tais como, sobrepeso ou obesidade dos pais; a inatividade física, que pode ser avaliada de forma indireta como o número de horas em que a criança assiste televisão, fica no computador e joga videogames. Nesse sentido, é recomendado que não ultrapasse a 2 horas/dia o tempo com atividades sedentárias<sup>9</sup>.

Devido ao tempo que as crianças permanecem na escola, realizando refeições, estabelecendo uma rotina e desenvolvendo novos hábitos, foram desenvolvidas algumas ações dentro do Programa de Saúde na Escola (PSE, 2007), denominada de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS), para que se promovam espaços saudáveis dentro do ambiente escolar, como a oferta de alimentos saudáveis, incentivo ao aumento do consumo de frutas, legumes e verduras; combinado com as boas práticas de manipulação no preparo dos lanches e refeições, e a restrição da venda e do consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras e sal, dentre outras estratégias<sup>6</sup>.

A prevenção da obesidade depende de ações intersetoriais no sentido de propiciar ambientes mais saudáveis. Para que as ações de promoção da atividade física sejam efetivas deverá haver o envol-

vimento de setores como os de planejamento urbano (parques e praças); educação (atividade física baseada na escola); esporte (atividade recreativa e de inclusão) e transporte urbano. A melhoria da qualidade da oferta de alimentos exige, entre outros, uma inter-relação com as agências reguladoras de alimentos, de comunicação (marketing), de comércio (alimentos no varejo), agricultura (investimento na produção primária) e educação (ambientes de alimentação escolar). Outros setores, como comércio e finanças, também podem desempenhar um papel importante tanto na diminuição da tributação de alimentos *in natura* como em políticas fiscais sobre bens e atividades esportivas<sup>5</sup>.

### Considerações finais

O conjunto de evidências e estratégias aqui relatadas nos leva a refletir sobre a necessidade de estimular nos profissionais de saúde na construção de estratégias educativas em alimentação e nutrição que sejam possíveis de acontecer no seu cotidiano de trabalho e que sejam traduzidas e adaptadas a seu contexto local.

### Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002. Diário Oficial da União, 18 dez. 2002.
2. Alexander BT, Dasinger JH, Intapad S. Fetal programming and cardiovascular pathology. *Compr Physiol*. 2015 Mar 1; 5(2):997-1025.
3. Almeida HD, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J. Pediatr*. 2010; 86(3):250-253.
4. De Onis M, Blössner M, Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *Am J Clin Nutr*. 2010; 92:1257-1264.
5. De Onis M. Preventing childhood overweight and obesity. *J Pediatr*. 2015; 91(2):105-107.
6. Grummer-Strawn LM, Scanlon KS, Fein SB. Infant feeding and feeding transitions during the first year of life. *Pediatrics*. 2008; 122(Suppl 2):S36-42.
7. Gubert MB, Benicio MHD'A, Santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(8):1595-1605. [acesso em 17 abr 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: antropometria e análise do estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.
9. Johanssen DL, Johanssen NM, Specker BL. Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*. 2006; 14(3):431-439.
10. Jordão RE, Bernardi JLD, Barros Filho AA. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(1):90-98.
11. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: Relatório Final. Brasília(DF); 2008. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_pnds\\_2006.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf)
12. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília (DF); 2002.
13. Ministério da Saúde. NutriSUS: caderno de orienta-



- ções estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. Brasília (DF); 2015b.
14. Ministério da Saúde. PNDS 2006. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília (DF); 2008.
  15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2.ed. Brasília (DF); 2010.
  16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 33).
  17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha. Brasília (DF); 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_alimentacao\\_nutricao\\_rede\\_cegonha.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf)
  18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília (DF); 2015a.
  19. Morgan J, Taylor A, Fewtrell M. Meat consumption is positively associated with psychomotor outcome in children up to 24 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004; 39(5):493-498.
  20. Newman J, Taylor A. Effect of a means: end contingency on young children's food preferences. *J Exp Child Psychol.* 1992; 64:200-216.
  21. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León La; Pérez-Escamilla R; Maranhã LK; Sampaio MFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev. Nutr.* 2008; 21(supl):135s-144s.
  22. Saldiva SRDM, Venancio SI, Santana AC, Castro ALS, Escuder MML, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutrition Journal.* 2014; 13:33.
  23. Saldiva SRDM; Silva LFF; Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do Programa Bolsa Família. *Rev. Nutr.* 2010; 23(2):221-229.
  24. Saraiva BC, Soares MC, Santos LC, Pereira SC, Horta PM. Iron deficiency and anemia are associated with low retinol levels in children aged 1 to 5 years. *J Pediatr.* 2014; 90:593-599.
  25. Silveira JA, Colugnati FA, Poblacion AP, Taddei JA. Association between socioeconomic and biological factors and infant weight gain: Brazilian Demographic and Health Survey – PNDS-2006/07. *J Pediatr.* 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.013>.
  26. Souza OF, Benicio MHD'A, Castro TG, Muniz PT, Cardoso MA. Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(1):211-21.
  27. Stanek K, Abbot D, Cramer S. Diet quality and the eating environment of preschool children. *J Am Diet Assoc.* 1990; 90:1582-1586.
  28. Venancio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr.* 2004; 80.5 Supl:S173-80.
  29. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health.* 2015; 3(4):e199-205.
  30. Victora CG, Kirkwood BR, Ashworth A, Black RE, Rogers S, Sazawal S et al. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. *Am J Clin Nutr.* 1999; 70(3):309-20.
  31. Villar J, Cheikh IL, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG et al. International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the Intergrowth-21st Project. *The Lancet.* 2014; 384(9946):857-868.
  32. Visentin S, Grumolato F, Nardelli GB, Di Camillo B, Grisan E, Cosmi E. Early origins of adult disease: low birth weight and vascular remodeling. *Atherosclerosis.* 2014; 237(2):391-399.
  33. Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachle ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5):1448-1457.
  34. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
  35. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington D. C., USA. Geneva, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/iycf\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf)
  36. Wu TC, Chen PH. Health consequences of nutrition in childhood and early infancy. *Pediatr Neonatol.* 2009; 50(4):135-42.
  37. Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, Bolte G, von Berg A, Diez U et al. LISA Study Group. Timing of solid food introduction in relation to atopic dermatitis and atopic sensitization: results from a prospective birth cohort study. *Pediatrics.* 2006; 117(2):401-411.

# Determinantes da prematuridade

## Determinants of Prematurity

Cléa Rodrigues Leone<sup>1</sup>

### Resumo

A prematuridade, por sua persistente frequência e pelo elevado risco de morbimortalidade neonatal associado, ainda constitui um dos maiores desafios da perinatologia e dos programas populacionais direcionados à redução da mortalidade infantil no mundo. Em 2010, foi estimado que 11,1% dos recém-nascidos vivos no mundo foram prematuros, aproximadamente 15 milhões de crianças. Muito significativa também a verificação de que essa proporção vinha aumentando ao longo do tempo em muitos países e que foi a maior causa de mortalidade neonatal e a segunda de mortalidade infantil. Um recém-nascido pré-termo já tem um risco elevado de complicações relacionadas ao seu grau de imaturidade, com efeitos em longo prazo, especialmente sobre o seu neurodesenvolvimento. Apesar dos avanços ocorridos na assistência perinatal ao longo do tempo, o controle da prematuridade ainda parece distante, mesmo em países desenvolvidos. Por esse motivo, é necessário que os determinantes mais frequentes da prematuridade em cada população/país sejam identificados para que os programas de controle destes possam tornar-se mais eficientes. Neste texto serão discutidos os principais fatores de risco associados à prematuridade, desde aqueles relacionados ao nascimento prematuro espontâneo até os assim chamados partos prematuros, induzidos ou iniciados, com ênfase para a contribuição do parto cesáreo.

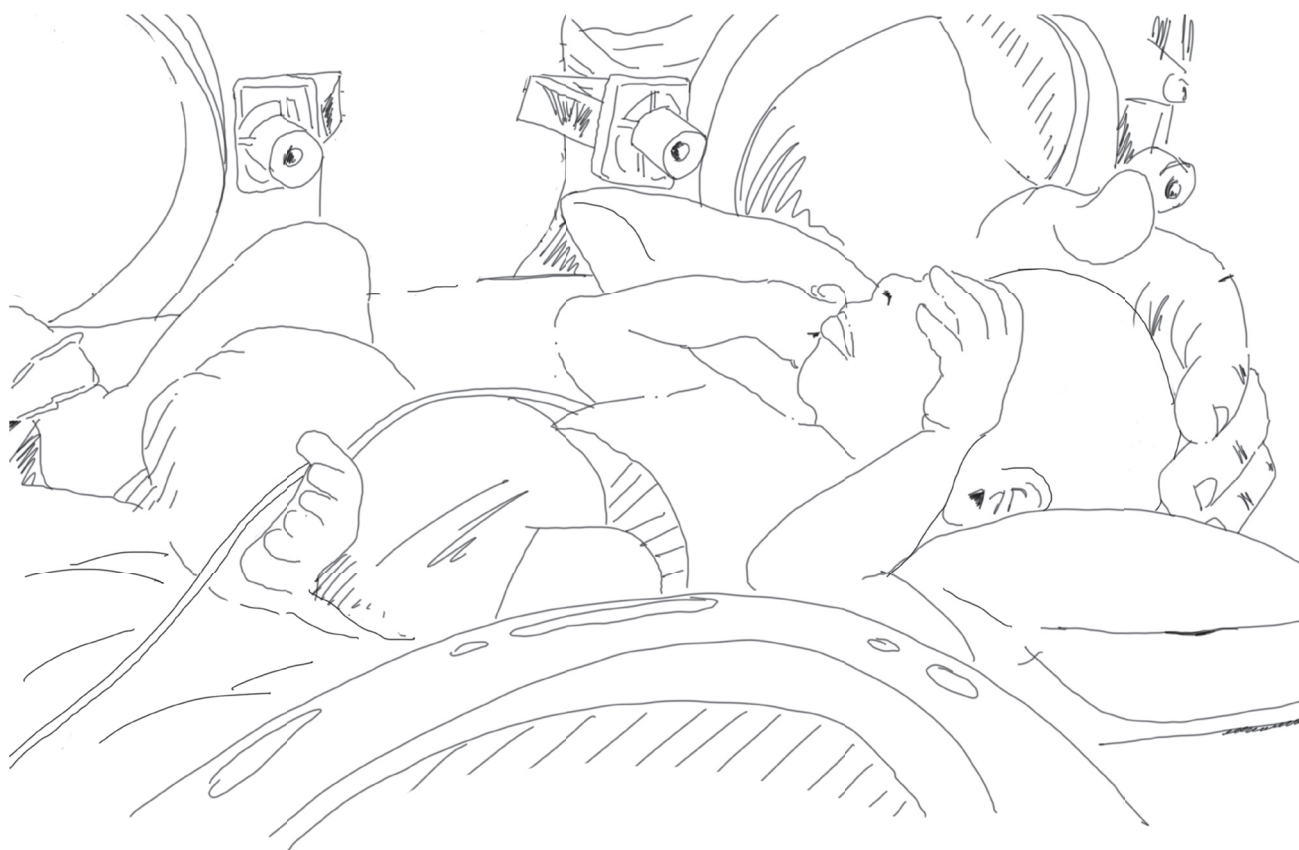
**Palavras-chave:** Recém-Nascido Prematuro; Nascimento Prematuro; Trabalho de Parto Prematuro.

### Abstract

The Prematurity, due to its persistent frequency and to the high risk of neonatal morbidity and mortality associated, is still one of the biggest challenges of Perinatology and of the population programs aimed at reducing child mortality worldwide. In 2010, it was estimated that 11.1% of live births were premature in the world, that means about 15 million children. It was also very significant the verification that this proportion was increasing over time in many countries and it was the leading cause of neonatal mortality and the second cause of infant mortality. A preterm newborn at birth is already at high risk to develop complications related to its level of immaturity, with long-term effects, especially on its neurodevelopment. Despite the improvement observed in perinatal care over time, control of prematurity still seems distant, even in developed countries. For this reason, it is necessary to identify the most frequent determinants of prematurity in each population/country so that control programs of these can become more efficient. In this text, the main risk factors associated with prematurity will be discussed, from those related to spontaneous preterm birth to the so-called induced or initiated premature births, with emphasis on the contribution of cesarean delivery.

**Keywords:** premature newborn, premature birth, premature labor

<sup>1</sup> Cléa Rodrigues Leone (clearleone@uol.com.br) é médica, livre-docente, professora associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP e diretora de publicações da Sociedade de Pediatria de São Paulo.



### Introdução

**A** prematuridade e seu controle, tendo em vista os riscos associados de morbimortalidade neonatal e pós-neonatal, bem como suas repercussões em longo prazo, tem se constituído em um dos maiores desafios dos programas globais de redução da mortalidade infantil.

Essa situação se torna ainda mais difícil se considerarmos a elevada frequência de nascimentos prematuros que, em 2010, foi estimada em 14,9 milhões de recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas (11,1% dos nascidos vivos). Nessa ocasião, 60% dos nascimentos prematuros no mundo ocorreram em dez países: Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, República Democrática do Congo e Brasil<sup>1,2</sup>.

No Brasil, dados de 2006 indicam uma prevalência de 6,5%, que foi considerada subestimada,

principalmente em decorrência da baixa cobertura do pré-natal, dificuldades em determinar a IG e registro inadequado de nascimentos em algumas regiões brasileiras. Dados de 2011 já apontam uma prevalência de 10,7%<sup>9</sup>. Além disso, análises mais atuais de prevalência da prematuridade no país apontam um crescimento desse índice, que alcançou 13,3% em 1994 na cidade de Ribeirão Preto, enquanto na cidade de Pelotas, análise de três coortes de nascidos vivos a cada onze anos mostraram uma evolução desses valores de 6%, em 1982, para 15%, em 2004<sup>12</sup>.

Outros aspectos também reforçam a importância desse controle, como a verificação de que essa proporção vem aumentando ao longo do tempo em muitos países e que as complicações do nascimento prematuro foram a causa principal de mortalidade neonatal em 2010, tendo sido a causa direta de 35% (3,1 milhões) das mortes neonatais ocorridas nesse ano, enquanto os recém-nascidos

pré-termo (RNPT) tardios e moderados foram causa indireta de 0,83 milhão de mortes por infecção neonatal. Acrescente-se que o nascimento prematuro também foi a segunda causa de mortalidade de menores de cinco anos nessa avaliação, enquanto em países com renda média *per capita* elevada tenha sido a primeira causa<sup>1,2,8</sup>.

É importante considerar aqui os riscos inerentes à imaturidade de sistemas ao nascimento e ao desenvolvimento pós-natal de funções que ainda irão sofrer os efeitos das complicações neonatais e dos tratamentos instituídos, resultando em doenças crônicas, como a doença pulmonar crônica, além de distúrbios do neurodesenvolvimento, dentre esses a paralisia cerebral, disfunções cognitivas e diferentes níveis de comprometimento da visão e audição.

Diretamente relacionado aos riscos associados ao nascimento prematuro, encontra-se o desafio de atingir as Metas Globais de Desenvolvimento do Milênio, de reduzir a mortalidade infantil em dois terços, considerando o período 1990 a 2015<sup>13</sup>.

Nesse sentido, alguns países já alcançaram as metas antes do prazo, mas outros, com piores condições de desenvolvimento, problemas econômicos e envolvimento direto ou indireto com guerras e conflitos com outros países, ainda estão muito longe desta e, inclusive, têm poucas chances de atingi-las no prazo.

Frente a esse cenário, tornou-se uma necessidade imediata a instalação de programas populacionais eficientes de prevenção da prematuridade. No entanto, isto somente será possível se forem conhecidas as causas direta ou indiretamente ligadas a essa prevalência em cada país ou região.

Uma primeira dificuldade a ser enfrentada foi a ausência de dados confiáveis relativos à prematuridade em vários países, que não coletavam de rotina essas informações, apoiavam-se em diferentes definições de prematuridade, além de determinações de IG não confiáveis, nas quais a informação mater-

na não era confirmada por medidas em ultrassom seriado e iniciado precocemente na gestação.

### **Prematuridade**

Com o objetivo de uniformizar os dados de diversos países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu RNPT como sendo aqueles recém-nascidos com IG menor que 37 semanas<sup>15</sup> e, reconhecendo ser este um grupo com diferentes níveis de risco, subdividiu-o, de acordo com a IG, em: RN extremamente pré-termo (IG < 28 semanas), Muito pré-termos (IG ≥ 28 e < 32 semanas) e Pré-termo moderados (IG ≥ 32 e < 37 semanas), sendo que este último subgrupo poderia ser dividido em Pré-termo Tardios (IG ≥ 34 e < 37 semanas)<sup>2</sup>.

Em 2009, durante a *Conference on Prematurity and Stillbirth*, realizada em Seattle (USA), o parto prematuro foi definido pelo GAPPS (*Global Alliance to Prevent Prematurity and Stillbirth*) como uma síndrome de causa multifatorial e com muitos fenótipos, muitos deles independentes uns dos outros, que denominaram a **Síndrome do Nascimento Prematuro (SNPr)**<sup>6,5,14</sup>.

Esse grupo também identificou os componentes que deveriam estar presentes nos diversos fenótipos da SNPr:

- a) **condições maternas antes do parto**, como a presença de infecções extrauterinas, corioamnionite clínica, trauma materno, doença grave com repercussões sobre o estado clínico materno, ruptura uterina, presença de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e outras.
- b) **condições fetais**, como morte fetal, restrição de crescimento intrauterino, frequência cardíaca anormal, perfil biofísico alterado, infecção, resposta sistêmica inflamatória fetal, síndromes cromossômicas, anomalias fetais, poli-hidrânio ou oligoânio, fetos múltiplos e outras.

- c) **condições patológicas da placenta** relacionadas ao parto prematuro, como corioamnionite histológica, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, etc.
- d) **sinais de início do trabalho de parto**, na presença de: cérvix encurtado, ruptura prematura de membranas, contrações regulares, dilatação cervical, sinais de sangramento, causas desconhecidas.
- e) **via de parto**: quando o parto é iniciado pelo cuidador de saúde em situações clínicas nas quais existe um risco de vida imediato para o binômio mãe/filho; na ausência desse risco, mas na presença de evidências de melhor evolução; na ausência de indicações clínicas, por erro de avaliação da IG, conveniência do horário, solicitação materna, feto supervalorizado, etc.; término da gestação por indicação clínica de anomalias fetais/maternas; sem nenhum motivo documentado.

Com base nessas considerações, a SNPr foi dividida em<sup>1,3</sup>:

1. **Nascimento prematuro espontâneo**, no qual o início do parto foi espontâneo ou após ruptura prematura de membranas.

2. **Nascimento prematuro não espontâneo ou iniciado (induzido) pelo profissional de saúde responsável pelo caso**, por meio de indução do parto ou cesárea eletiva antes de 37 semanas de gestação, devido à indicação materna ou fetal, ou por razões não médicas.

### 1. Nascimento prematuro espontâneo

O **nascimento prematuro espontâneo** resulta da ação de múltiplos fatores que levam o útero a apresentar contrações ativas, que irão evoluir para a ocorrência de um parto prematuro, antes das 37 semanas de gestação. Ocorre em cerca de 75% dos casos, mas em 50% destes não é possível identi-

car um fator causal.

Dentre os fatores de risco mais frequentemente envolvidos, estão<sup>1, 3, 10</sup>:

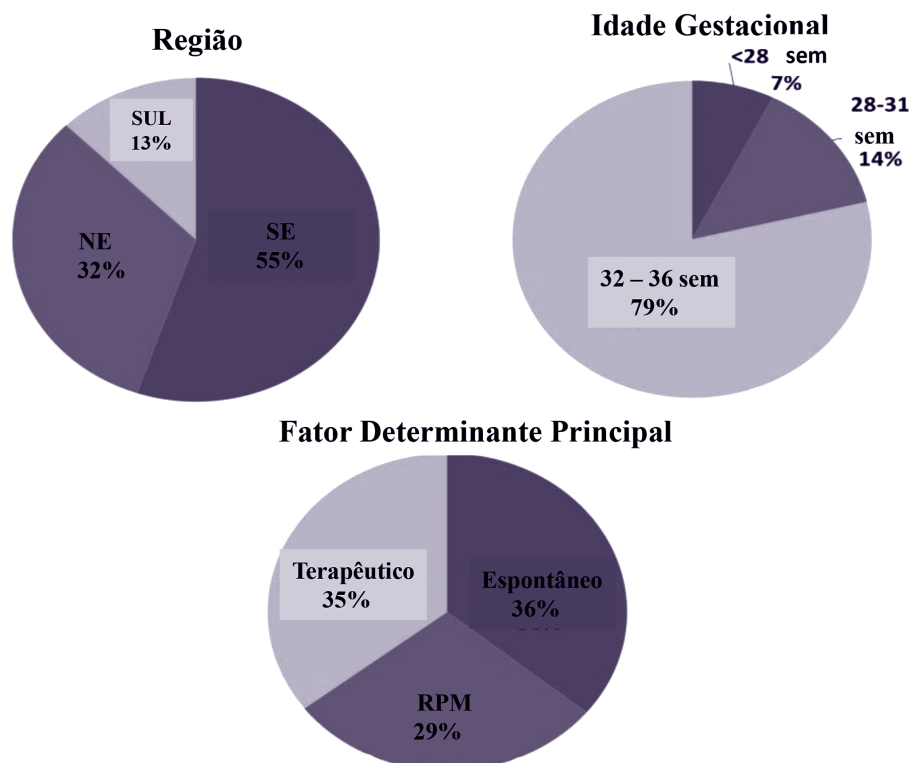
- a) história de **parto prematuro anterior**, considerado um forte indicador, conseqüente à interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais;
- b) **idade materna**: gestante adolescente ou com idade avançada e intervalo curto entre esta e a gestação anterior;
- c) fatores **nutricionais maternos**: índice de massa corporal baixo, deficiência de micronutrientes;
- d) **saúde psicológica materna**, especialmente na presença de depressão e sofrimento de traumas por violência contra a gestante;
- e) **gestação múltipla**, causando hiperdistensão uterina e aumentando o risco de parto prematuro em dez vezes em relação à gestação com feto único. Atualmente, em consequência ao crescimento da utilização de técnicas de reprodução assistida, o número de gestações múltiplas com dois, três ou mais fetos tem aumentado muito, especialmente nos países de maior poder aquisitivo, bem como em famílias de nível socioeconômico mais elevado nos demais países;
- f) **estilo de vida e condições de trabalho**, exemplificados pelo tabagismo materno e consumo excessivo de álcool e de drogas ilícitas, trabalho físico pesado e atividade física excessiva, ocasionando estresse;
- g) **condições de saúde materna e presença de doenças crônicas**, como diabetes, hipertensão arterial, anemia, asma, etc;
- h) **fatores genéticos**, determinando a ocorrência de malformações congênitas e de doenças familiares;
- i) **infecções**, consideradas muito importantes para o desencadeamento do trabalho de parto prematuro, representadas pelas infec-



ções urinárias maternas, HIV, sífilis, corioamionite e outras.

No Brasil, estudo multicêntrico realizado em 20 maternidades, no período 2011-2012, verificou uma prevalência de 12,3% de partos prematuros em 5.296 gestantes, variando de 14,7% na Região Nordeste a 11,1% na Sudeste. Dentre esses, 64,6%

foram espontâneos, enquanto 35,4% foram terapêuticos. Também identificaram os seguintes fatores independentemente associados ao parto prematuro espontâneo: gestação múltipla, nascimento prematuro anterior, insuficiência cervical, sangramento vaginal, malformação fetal, poli-hidrânio, pré-natal inadequado, abortamento anterior e infecção urinária<sup>11</sup>.



**Figura 1.** Nascimentos prematuros no Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP) de acordo com a região, idade gestacional e fator determinante principal. RPM – Ruptura prematura de membranas  
Fonte: Passini R Jr et al<sup>12</sup>.

A prevalência encontrada nesse estudo está de acordo com a colocação do Brasil entre os países com elevada prevalência de prematuridade e ocupando a décima posição, segundo os relatos globais de nascimento prematuro<sup>7</sup>.

## 2. Nascimento prematuro não espontâneo ou iniciado (induzido)

Quanto à frequência global de **nascimentos**

**prematuros não espontâneos**, os dados disponíveis não indicam níveis muito elevados, porque países com grande número de nascimentos, cuja monitorização dos partos prematuros tem uma cobertura baixa, além de um número pequeno de partos cesáreos, fazem com que a média fique em menores níveis. Como exemplo, em muitos países africanos a taxa de cesáreas é menor do que 5%. Entretanto, em países desenvolvidos, têm sido relatadas elevadas taxas.

Em relação a isso, em estudo realizado nos Estados Unidos, com dados dos nascimentos de RNPT Tardios (IG entre 34 e 36 semanas) ocorridos na *Columbia University Medical Center*, no período 2003 a 2007, verificou-se que o parto foi não espontâneo em 32,3% (872/2.693) dos partos nessa faixa de IG e, dentre esses, a indicação em 56,7% (494/872) não foi baseada em evidências. Neste grupo, também foi observado que as mães tinham mais idade, a gestação mais frequentemente era gemelar e as famílias tinham seguro saúde privado. As indicações mais frequentes de interrupção da gestação foram eclampsia leve, oligoamnio e doença hipertensiva específica da gestação<sup>4</sup>.

Além disso, a variabilidade da taxa de partos cesárea entre os países tem sido muito grande, tendo se observado em 2000, na França e Estados Unidos, que 40% dos partos prematuros tinham ocorrido por cesárea, enquanto na Escócia e Holanda esta frequência foi de 20%. Ao lado disso, nesses países, vem se observando um aumento dessa indicação, em consequência à adoção de condutas mais agressivas em relação às situações de crescimento intrauterino restrito. Já em países de renda média *per capita* baixa ou média, a variabilidade dos partos cesáreos em prematuros variou de 20%, no Sudão e Tailândia, a 40% em 51 locais na América Latina.

### **Considerações finais**

A indicação de parto prematuro não espontâneo pode apoiar-se em condições clínicas, que vão desde os casos de pré-eclâmpsia grave, descolamento de placenta, ruptura uterina, sofrimento fetal, monitorização fetal alterada, até presença de restrição de crescimento fetal grave, obesidade e diabetes maternos, que podem caracterizar uma situação de emergência, pelo elevado risco materno-fetal. Nessas circunstâncias, a indicação de in-

terrupção da gestação é uma conduta médica que pode determinar um melhor prognóstico para o binômio mãe-filho.

No entanto, na ausência de fatores de risco, a indicação de parto cesáreo tem sido muito questionada, particularmente aquelas ocorridas em maternidades particulares, onde as taxas de parto cesáreo têm sido muito elevadas, em torno de 90%.

Por esse motivo, novas políticas públicas vêm sendo implantadas no sentido de que a indicação do parto cesáreo em idades gestacionais menores de 37 semanas esteja devidamente registrada no prontuário médico, o que pode contribuir para reduzir os partos prematuros ocorridos por conveniência do profissional que o assiste ou da gestante.

Considerando os aspectos relativos ao parto prematuro e suas consequências, desenvolvidos ao longo deste texto, torna-se evidente a necessidade de realização de novos estudos controlados que analisem as causas associadas em diferentes regiões/cidades, para que programas de prevenção mais eficientes possam ser implantados. Particularmente no Brasil, pelas elevadas taxas de prematuridade e necessidade de reduzir ainda mais as taxas de mortalidade neonatal e infantil, bem como proporcionar aos nascidos vivos melhores prognósticos de desenvolvimento em longo prazo, essas iniciativas tornam-se uma necessidade imediata.

#### Referências

1. Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M Z, Say L, Moller A *et al.* Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*. 2013; 10(suppl1):S2.
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M Z, Chou D, Moller A, Narwal R *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*. 2012; 379:2162-2172.
3. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*. 2008; 371:75-84.
4. Gyamfi-Bannerman C, Fuchs KM, Young OM, Hoffman MK. Nonspontaneous late preterm birth: etiology and outcomes. *Am J Obstet Gynaecol*. 2011; 205: 456, 451-56.
5. Howson CP, Kinney MV, Lawn JE, editores. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2012. [acesso em 7 jan 2014]. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntosoon-report.pdf).
6. Kramer MS, Papageorghiou A, Culhane J, Bhutta Z, Goldenberg RL, Gravett M *et al.* Challenges in defining and classifying the preterm birth syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206:108-112.
7. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. The GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnant Childbirth*. 2010;10(suppl 1)S1.
8. Liu L, Johnson H, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn J *et al.* Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *The Lancet*. 2012; 379:2151-2161.
9. Ministério da Saúde. Sistema Nacional Informatizado de Nascidos Vivos (SINASC). Brasília (DF): 2011. [acesso em 27 nov 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
10. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *NEJM*. 2010; 362:529-535.
11. Passini R Jr, Cecatti JG, Lajos GJ, Tedesco RP, Nomura ML, Dias TZ *et al.* Brazilian Multicenter Study on Preterm Birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. *Plos One*. 2015; 9:e109069.
12. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42:957-964.
13. United Nations. The Millennium Development Goals: report 2010. New York: United Nations; 2010.
14. Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA *et al.* The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 206:119-123.
15. World Health Organization. WHO recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977; 56:247-253.

# Percepção da equipe de enfermagem sobre a realização da posição canguru em uma unidade de terapia intensiva neonatal

## Perception of Nursing Team About the Realization of Kangaroo care in a Neonatal Intensive Care Unit

Ronina Aparecida Barbosa<sup>i</sup>

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo<sup>ii</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Identificar os fatores dificultadores para a estimulação da realização do posicionamento canguru na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) na visão da equipe de enfermagem. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com profissionais de enfermagem que atuam na assistência ao recém-nascido na UTIN. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas pelo pesquisador. As seis primeiras entrevistas realizadas foram suficientes para atingir o critério de saturação. **Resultado:** Após a análise de conteúdo temático foi possível a identificação de quatro categorias: 1- O significado do posicionamento canguru: além do contato pele a pele; 2- A orientação como incentivadora do posicionamento canguru; 3- Fatores limitantes para a não realização do posicionamento canguru na UTIN; 4 - Sugestões para intensificar o posicionamento canguru na UTIN. **Conclusão:** foi possível perceber que os profissionais têm conhecimento sobre o posicionamento canguru e que incentivam essa prática, porém há uma contradição quando a equipe coloca a falta de materiais como fator limitante. O estudo sugere a realização de ações educativas tanto para o pais quanto para os profissionais para incentivar a realização do posicionamento canguru.

**Palavras-chave:** posicionamento canguru, equipe de enfermagem, unidade de terapia intensiva neonatal

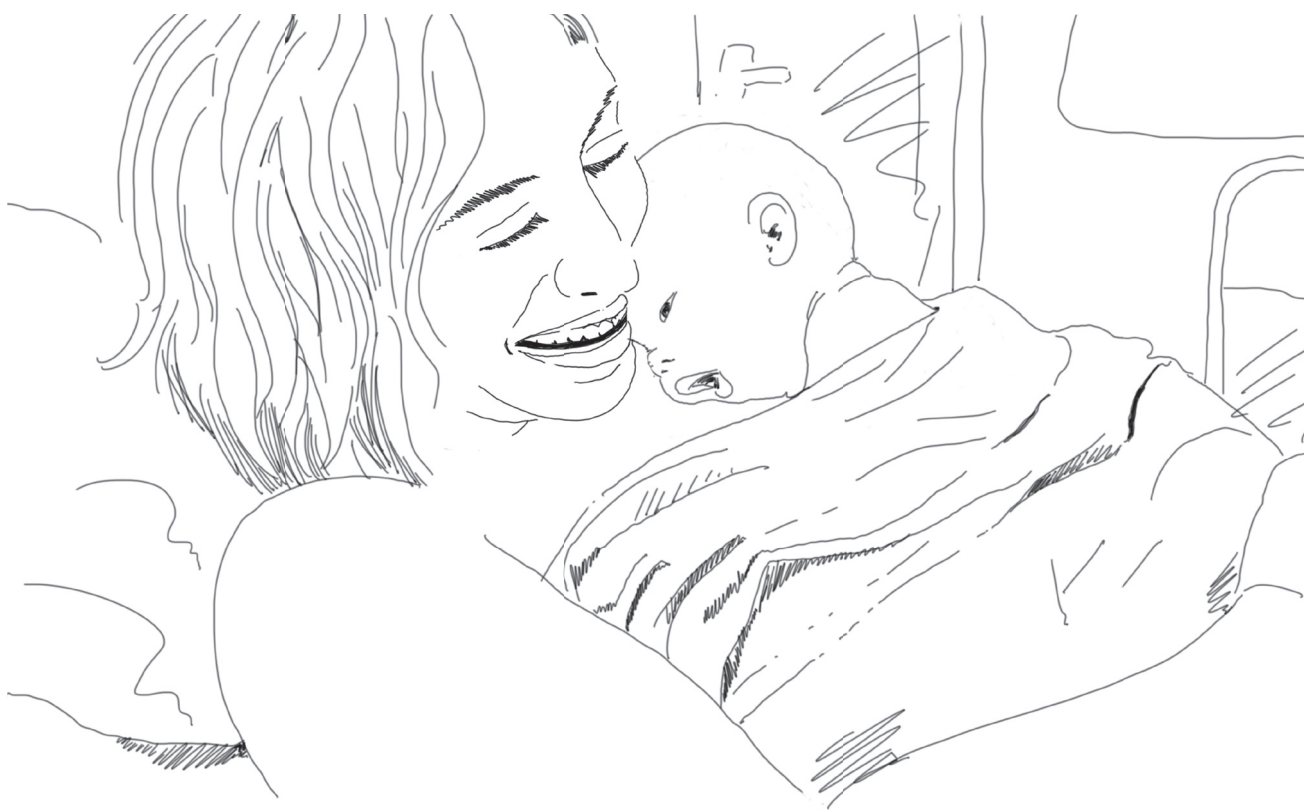
### Abstract

**Objective:** To identify the limiting factors for stimulating the realization of the kangaroo care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in view of the nursing staff. **Methods:** This is an exploratory and descriptive study of qualitative approach, performed with nursing professionals that work in the care of newborns in the NICU. Semi-structured interviews were conducted, recorded and transcribed by the researcher. The first six interviews that were performed were sufficient to meet the criterion of saturation. **Result:** After thematic content analysis, it was possible to identify four categories: 1- The meaning of the kangaroo care: in addition to skin contact; 2. The guidance as facilitator of the Kangaroo care; 3- Limiting factors for not performing the kangaroo care in the NICU; 4 - Suggestions to enhance the kangaroo care in the NICU. **Conclusion:** It was observed that the professionals have knowledge about the kangaroo care and that they encourage this practice, but there is a contradiction when the staff puts the lack of material as a limiting factor. The study suggests conducting educational activities for both parents and for professionals to encourage the realization of the kangaroo care.

**Keywords:** Kangaroo care, nursing staff, neonatal intensive care unit

<sup>i</sup> Ronina Aparecida Barbosa (roninab@hotmail.com) é enfermeira, especialista em Neonatologia e Enfermeira neonatóloga do Hospital Sofia Feldman.

<sup>ii</sup> Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (viviangaavedo1@gmail.com) é fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde e professora adjunta I da Universidade Federal de Uberlândia.



## Introdução

A implantação de modernas unidades neonatais, equipadas com tecnologias complexas e especializadas e a capacitação de profissionais tem possibilitado a sobrevivência de neonatos em idades gestacionais cada vez menores<sup>3,7,8</sup>.

Entretanto, todos esses avanços e tecnologias podem impedir o contato precoce entre mãe e filho, bem como a amamentação e, ainda, impedir que as mães se tornem competentes nos cuidados de seu filho<sup>12</sup>.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) aprovou, em 5 de julho de 2000, a Portaria 693 como norma de orientação e implantação do Método Canguru para estes RN com a intenção de padronizar esse tipo de atendimento<sup>11</sup>.

*O “Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo*

*que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido.*<sup>11</sup>

O procedimento em questão é a utilização da posição prona do recém-nascido (RN) entre os seios maternos, em contato pele a pele, na posição vertical, assim que sua condição clínica estiver estabilizada<sup>4,7</sup>.

Mesmo diante de tantos benefícios do posicionamento descritos na literatura, ainda existem dificuldades e barreiras para a realização do posicionamento na Unidade Neonatal<sup>7</sup>. Existem algumas dificuldades apontadas pela equipe para a realização da posição canguru como: carência de informações sobre o método, gravidade do quadro clínico do neonato, o uso de suporte ventilatório invasivo e não invasivo, influências de questões sociais como um fator negativo para a adesão materna à realização da posição canguru, falta de apoio às mães, o fato de os profissionais confundirem toque com



manipulação e acreditarem que a complexidade da prematuridade impede o contato com a família<sup>7</sup>.

Neste contexto a pesquisa objetivou identificar os fatores dificultadores para a realização do posicionamento canguru na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) na visão da equipe de enfermagem do Hospital Sofia Feldman (HSF).

### Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no HSF, referência na assistência materno-infantil, em Belo Horizonte, MG.

Atualmente, a UTIN do HSF se divide em quatro unidades identificadas como: UTI 1, UTI 2, UTI 3 e UTI 4, totalizando 41 leitos e a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) com 36 leitos e Casa do Bebê (CB) com 12 leitos, para assistir os RN de alto risco que nascem no hospital e em outras maternidades do Estado de Minas Gerais<sup>6</sup>.

Fizeram parte desta pesquisa os profissionais de enfermagem incluindo: técnicos de enfermagem, enfermeiros generalistas e enfermeiros neonatologistas, que prestavam cuidados aos RN internados no cenário do estudo, que aceitaram participar desta pesquisa.

Foram estabelecidos critérios de inclusão dos sujeitos para participação nesta pesquisa: ser membro da equipe de enfermagem, atuar diretamente na assistência ao RN; atuar na UTIN por, no mínimo, seis meses nessa instituição.

Inicialmente foram convidados a participar dessa pesquisa 16 profissionais, sendo um profissional atuante de cada UTIN, selecionados por meio de sorteio, em cada plantão. Os plantões se dividem por dias pares e ímpares, diurno e noturno. Foi adotado o critério de saturação teórica, utilizado com frequência em pesquisas qualitativas para definição da amostra. Isso acontece quando os da-

dos obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, sem acréscimos nas respostas<sup>5</sup>.

Os profissionais participantes foram identificados recebendo o nome de flores para garantir o anonimato: Jasmim, Lírio, Orquídea, Violeta, Copo-de-Leite, Cravo.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas pela pesquisadora individualmente. De início, os profissionais convidados e que concordaram em participar da pesquisa determinaram o local, data e horário para a realização da mesma.

No momento da entrevista foram esclarecidos o objetivo do estudo, a importância de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa, o caráter confidencial de suas respostas e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento. Após a aceitação na participação da pesquisa foi pedido a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Além disso, foi solicitada autorização para que a entrevista fosse gravada, sendo-lhes garantido o anonimato. As mesmas ocorreram no período de maio de 2013 a outubro de 2013, tendo em média duração de 10 a 25 minutos.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) em 20 de dezembro de 2012, conforme Parecer 179.795, atendendo às exigências da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas realizadas com seres humanos<sup>10</sup>.

Os dados foram tratados seguindo o referencial teórico da análise de conteúdo definida como “técnica que permita fazer inferências, identificando objetiva e sistematicamente as características da mensagem”<sup>1</sup>.

Optou-se pela análise temática que “consiste

em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”<sup>9</sup>.

Esse tipo de análise se divide em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação. Na primeira etapa foi realizada escuta atenciosa, transcrição de todas as falas e, logo em seguida, uma leitura intensa de todo o material recolhido no campo pela pesquisadora e elaboração de alguns indicadores que facilitassem a compreensão e interpretação dos dados. Na segunda etapa, a exploração do material, foram feitos recortes do texto em unidades de registro e categorização para que fosse realizada a classificação e a agregação dos dados. Logo em seguida, na terceira etapa, do tratamento dos resultados obtidos e interpretação, a pesquisadora fez inferências e realizou interpretações, relacionando-as com o desenho proposto anteriormente.

A partir dos dados coletados nas entrevistas, foi possível traçar o perfil dos sujeitos participantes. As pessoas entrevistadas foram do sexo feminino, com tempo de serviço na instituição entre seis meses e 12 anos de atuação na UTIN, sendo duas técnicas de enfermagem, duas enfermeiras generalistas e duas enfermeiras neonatólogas.

### **Resultados e discussão**

A partir da análise intensa das entrevistas foi possível identificar quatro categorias empíricas, apresentadas e discutidas a seguir:

#### **O significado do posicionamento canguru: além do contato pele a pele**

Os depoimentos a seguir mostram o significado do posicionamento canguru que, para os profissionais entrevistados, aproxima os pais de seus filhos RN prematuros e garante a eles a oportuni-

dade de estarem juntos de seus bebês, mesmo durante a hospitalização:

*É colocar o RN na posição do animal canguru mesmo em contato, o RN sem roupa em contato com a pele da mãe com o intuito de transmitir o calor da mãe. (Violeta)*

*O contato emocional, o contato mãe e filho... (Jasmim)*

Algumas publicações enumeram, principalmente, o favorecimento da formação do vínculo mãe-bebê, a proximidade e o toque promovidos entre os pais e os RN e o desenvolvimento do senso de competência por parte das mães<sup>2</sup>.

Outros depoimentos mostram que o posicionamento canguru é mais do que uma posição e proporciona benefícios para o bebê e para a mãe.

*RN melhora temperatura, melhora saturação, fica mais tranquilo se ele tiver agitado independente se ele está entubado ou no CPAP (pressão positiva contínua na via aérea) isso tudo traz benefícios com certeza. (Violeta)*

*Essa posição faz com que o bebê respire melhor, fica mais tranquilo, pode receber o carinho da mãe, melhora temperatura, estimula o aleitamento materno... (Orquídea)*

Outros benefícios descritos do posicionamento canguru para estabelecer o vínculo mãe-bebê são: encorajamento à mãe, prolongamento do período de amamentação, aumento da produção de leite com a prevenção do refluxo gastroesofágico, sentimentos positivos de satisfação e alegria e diminuição de sintomas depressivos<sup>4</sup>.

Pelas entrevistas realizadas, parece haver segurança, por parte dos profissionais, quanto ao conhecimento do significado do posicionamento canguru. Além disso, eles reconhecem os benefícios desta técnica, tanto para o bebê quanto para a mãe, o que faz com que haja uma aproximação entre a equipe de enfermagem e os pais, facilitando a realização do posicionamento na UTIN.

### **A orientação como incentivadora do posicionamento do canguru**

Nos depoimentos dos profissionais de enfermagem observa-se que acreditam na importância da orientação aos pais e que são incentivadores dessa prática na UTIN.

*Digo para mãe da importância do cuidado, falo para ela dos benefícios como: ganho de peso, regulação da temperatura, aumento do vínculo mãe filho. (Copo-de-Leite)*

*Oriento a mãe quando o bebê tá muito agitado, falo para ela que ela pode acalmar o seu bebê colocando ele na posição canguru. (Orquídea)*

O “olhar” muitas vezes não é o suficiente para a construção do apego, é preciso muito mais tocar, acariciar, conhecer o bebê e as reações dele pelo toque; contudo, é uma forma de aproximação importante durante a hospitalização, reduzindo assim a ansiedade esperada desse período<sup>12</sup>.

O acolhimento da equipe de enfermagem aos pais nesse momento fragilizado do RN é de grande valor para que os mesmos possam se apoiar na equipe para vivenciar momentos emocionais que podem ocorrer no período de internação, gerando-lhes confiança e reduzindo-lhes o sofrimento.

### **Fatores limitantes para a não realização do posicionamento canguru**

Nota-se nesta categoria uma contradição, pois, ao mesmo tempo que os profissionais reconhecem a importância do posicionamento canguru e relatam incentivarem os pais, consideram a falta de cadeira, por exemplo, um fator limitante para a realização da técnica.

*Cadeira... às vezes, é um problema, a mãe tem que fazer em uma cadeira que não é apropriada. (Lírio)*

*Acho que falta informação para mães quanto esse direito que elas têm e muitas não sa-*

*bem. (Lírio)*

Nas falas acima as profissionais deixam explícito que a escassez de materiais e a falta de informação às mães dificulta a realização do posicionamento canguru.

Contudo, em alguns depoimentos a gravidade do RN, a manipulação mínima e a prematuridade extrema são reconhecidas como sinais de alerta e que, neste momento, o posicionamento canguru deve ser evitado.

*RN está grave, aliás não digo grave, digo instável tendo queda de saturação, ou RN que está em manipulação mínima. (Cravo)*

No que se refere à gravidade clínica do RN prematuro, evidencia a necessidade de serem implementadas e estimuladas as estratégias por parte da equipe de enfermagem, com o intuito de aproximar mãe e filho<sup>7</sup>.

Algumas falas de profissionais denotaram que fatores que implicam a não realização do posicionamento canguru é a instabilidade clínica do RN e, às vezes, a falta de cadeira confortável para a realização deste procedimento. Porém, a prática está além do posicionamento, envolve ações como acolhimento a família, a construção de rede social e atenção individualizada<sup>7</sup>.

### **Sugestões dos profissionais para intensificar o posicionamento canguru**

As falas de alguns profissionais apresentam sugestões para a intensificação do posicionamento canguru na UTIN do HSF.

*É melhorar material, cadeiras, luz de fundo nos leitos para gente poder promover o ambiente de penumbra, mais tranquilidade para mãe também. (Lírio)*

*Informar as mães cada vez mais sobre o canguru. (Jasmim)*

De acordo com o discurso dos entrevistados,

percebe-se que acreditam que a carência de informações mais detalhadas para as mães e de alguns profissionais sobre esse cuidado, que estimula o vínculo mãe/filho e colabora com o desenvolvimento e evolução do RN nessa fase crítica da hospitalização, também é um obstáculo para a não realização do posicionamento canguru, além de materiais.

Diante do exposto, vale a pena ressaltar a necessidade de tarefas educativas para as mães e profissionais a fim de contribuir para a realização do posicionamento canguru na UTIN.

### Considerações finais

Considerando os avanços tecnológicos que vêm contribuindo para a evolução e um aumento da expectativa de vida desses RN, foi necessário implementar políticas voltadas para a humanização e aproximação da mãe desses RN prematuros, a fim de favorecer o vínculo mãe-filho. Essas políticas têm estimulado os profissionais de saúde a buscarem novas práticas de atendimento na UTIN.

No fim deste estudo foi possível perceber que a equipe de enfermagem do HSF possui um amplo conhecimento sobre o posicionamento canguru e incentiva os pais a realizar esse posicionamento, por acreditar nos benefícios para o bebê e para a mãe. Porém, existe uma contradição quando a equipe coloca a falta de materiais como fator limitador para realização deste procedimento.

No decorrer do estudo foi possível evidenciar ainda que, além de materiais, a gravidade do RN também é fator que limita a realização do posicionamento canguru na UTIN.

Diante do exposto neste estudo, é possível concluir que os profissionais ainda necessitam trabalhar questões educativas e informativas com as mães para que elas se tornem empoderadas para a realização do posicionamento canguru. A promoção de ações educativas tanto para os pais quanto

para os profissionais ainda é escassa no diz respeito ao posicionamento canguru.

### Referências

1. Chizzotti A. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis: Vozes; 2006.
2. Costa R, Monticelli M. O método mãe-canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. Rev Bras Enferm (on-line). 2006; 59(4):578-582.
3. Costa R, Padilha MI. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. Rev Enferm UERJ. 2011; 19(2):231-235.
4. Cruvinel FG, Macedo EC. Interação mãe-bebê pré-termo e mudança no estado de humor: comparação do Método Mãe-Canguru com visita na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007; 7(4):449-455.
5. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
6. Hospital Sofia Feldman. Atenção à criança. [homepage na internet]. Belo Horizonte: HSF; 2014 [acesso em 24 mar. 2015]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-crianca>
7. Lopes DM, Santos LM, Carvalho RM. Motivos da não realização da posição canguru na unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2010; 10(2):71-78.
8. Mendonça LBA, Menezes MM, Rolim KMC, Lima FET. Cuidados ao recém-nascido prematuro em uso de sonda orogástrica: conhecimento da equipe de enfermagem. Rev RENE. 2010; 11(esp):178-185.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, DF, 13 jun. 2013. [acesso em 18 jul. 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 693/GM em 5 de julho de 2000 [portaria na internet]. Diário Oficial da União, DF, 6 jul. 2000 [acesso em: 25 nov. 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>
12. Sá FE, Sá RC, Pinheiro LMF, Callou FEO. Relações interpessoais entre os profissionais e as mães de prematuros da unidade canguru. Rev Bras Promoc Saúde. 2010; 23(2):144-149.

# A Estratégia “Casa Da Gestante” Interfere Nas Condições Clínicas Dos Recém-Nascidos Pré-Termo?

## The Strategy “Casa Da Gestante” Interferes With The Clinical Features Of Preterm Newborns?

Camila Avelar Gonçalves<sup>i</sup>

Fernanda de Oliveira Gontijo<sup>ii</sup>

Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo<sup>iii</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos durante a internação hospitalar, considerando as condições clínicas maternas e se estas receberam ou não os cuidados na “Casa da Gestante”. **Métodos:** Estudo documental retrospectivo, cuja amostra foi composta por recém-nascidos com 24 a 34 semanas de idade gestacional e suas mães, totalizando 185 díades, divididas em dois grupos: mães que permaneceram (1) e mães que não permaneceram (2) na “Casa da Gestante”. **Resultados:** A idade gestacional média de internação da gestante do grupo 1 foi de 29,54 ± 2,73 semanas e do grupo 2, 31,31 ± 2,39 semanas (p<0,001). O tempo de rotura prematura de membrana pré-termo foi significativamente maior no grupo 1 (80,87 ± 141,00h versus 18,02 ± 43,83h, p<0,001). Em relação à corticoterapia, 100% das mulheres do grupo 1 receberam tal medicação e do grupo 2, 89,9% (p=0,004). **Conclusões:** Não houve diferença significativa para as variáveis dos recém-nascidos entre os grupos. A “Casa da Gestante” apresentou-se como um meio eficaz e seguro de adiamento do trabalho de parto prematuro, permitindo a administração do corticoide antenatal.

**Palavras-chave:** trabalho de parto prematuro, corticosteroides, tocólise

### Abstract

**Purpose:** To compare clinical features of neonates during hospitalization, considering maternal medical conditions and whether they received care in “Casa da Gestante” or not. **Methods:** Documentary retrospective study, whose sample consisted of newborns between 24-34 weeks gestational age and their mothers, so 185 dyads were divided into two groups: mothers who remained (1) and mothers who did not remain (2) in “Casa da Gestante”. **Results:** The mean gestational age at hospitalization of pregnant women in group 1 was 29.54 ± 2.73 weeks and group 2, 31.31 ± 2.39 weeks (p<0.001). The time premature rupture of preterm membrane was significantly higher in group 1 (80.87 ± 141.00h versus 18.02 ± 43.83h, p<0.001). Regarding corticosteroid therapy, 100% of women in group 1 received this medication and group 2, 89.9% (p=0.004). **Conclusions:** There was no significant difference between groups in regard to the variables of newborns. The “Casa da Gestante” presented itself as an effective and safe postponement of preterm labor environment, allowing the administration of antenatal corticosteroids.

**Keywords:** labour, premature, adrenal cortex hormones, tocolysis

<sup>i</sup> Camila Avelar Gonçalves (camilavegon@gmail.com) é fisioterapeuta e pós-graduada pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais juntamente com Fundação de Assistência Integrada à Saúde do Hospital Sofia Feldman.

<sup>ii</sup> Fernanda de Oliveira Gontijo (fernandaogontijo@yahoo.com.br) é fisioterapeuta

ta e Mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais.

<sup>iii</sup> Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo (vazevedo@faefi.ufu.br) é fisioterapeuta, doutora em Ciências da Saúde e Professora Adjunta da Universidade Federal de Uberlândia/UFU.





### Introdução

**A** cada ano nascem cerca de quinze milhões de recém-nascidos pré-termo em todo mundo e o Brasil ocupa o décimo lugar na lista dos países que apresentam os maiores números desses partos.<sup>22</sup> Diversos fatores de risco contribuem para isso, como gestações múltiplas, parto prematuro anterior, infecções, condições maternas crônicas, fatores genéticos, socioeconômicos, iatrogênicos e causas desconhecidas.<sup>6,7,14,22</sup>

A prevenção da prematuridade pode ser sistematizada em: prevenção primária (identificação e tratamento dos fatores de risco), secundária (diagnóstico precoce do trabalho de parto prematuro) e terciária (intervenções para minimizar as principais complicações advindas do parto prematuro).<sup>6</sup>

A atenção pré-natal e puerperal faz parte da prevenção secundária à prematuridade e tem como objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurar ao final da gestação o nascimento de bebês saudáveis e garantir o bem-estar materno e neonatal.<sup>17</sup> É essencial nesse período a identifica-

ção dos fatores de risco aos quais a gestante está exposta, o que permite orientações e encaminhamento para centros de referência.<sup>17,7</sup> Dessa forma, a assistência realizada de forma adequada à mulher pode minimizar agravos à saúde do recém-nascido (RN) e proporcionar assistência de qualidade à mãe e ao neonato.<sup>3</sup>

Uma maneira de prestar assistência adequada à gestante é através da “Casa da Gestante”, nome dado às casas de apoio localizadas a um raio igual ou inferior a cinco quilômetros de distância e vinculadas ao hospital de referência. Tal local surge como uma possibilidade de acolhimento às gestantes de alto risco que necessitam de maior observação,<sup>18,15,16</sup> fazendo assim parte da prevenção secundária. A Casa é financiada pela Rede Cegonha, iniciativa do Ministério da Saúde, e está instituída no contexto do Sistema Único de Saúde. Seu objetivo é garantir à mulher o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante a gravidez, no parto, no puerpério e ao abortamento, bem como o direito de nascimento seguro à criança e ao seu desenvolvimento saudável.<sup>15</sup>

Neste contexto, no município de Belo Horizonte foi fundada, em outubro de 2007, a “Casa da Gestante”, vinculada ao Hospital Sofia Feldman, uma instituição filantrópica de direito privado. A instituição é especializada na atenção à saúde da mulher e da criança no período perinatal.<sup>8</sup>

A “Casa da Gestante” abriga mulheres que se encontram na fase de latência do trabalho de parto e residem distante do hospital até que se encontrem na fase ativa ou até que seja confirmado que não estão em trabalho de parto. Devido ao risco de evolução rápida não prevista do parto, o local propicia um atendimento adequado às mulheres, como a realização da tocólise e da corticoterapia antenatal, até o momento da sua internação definitiva no hospital.<sup>8</sup>

A realização da tocólise está incluída na prevenção terciária ao parto prematuro. Este procedimento inibe o trabalho de parto por 24 a 72 horas e permite a administração do corticoide antenatal.<sup>1,5,6</sup> Os seus benefícios se estendem à ampla faixa gestacional que compreende da 24ª à 34ª semanas de gestação,<sup>1</sup> e seu ciclo pode ser único: duas doses de betametasona ou quatro doses de dexametasona entre 24 horas e sete dias de parto; ou múltiplo: dois ou mais ciclos completos de corticoide.<sup>21</sup> Seu uso diminui as chances de o RN apresentar Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR), diminui a mortalidade neonatal, a incidência de Hemorragia Periventricular (HPIV), enterocolite necrosante,<sup>2,6,11,12,21</sup> morbidade infecciosa, necessidade de assistência respiratória e ingresso em unidades de cuidados intensivos neonatais.<sup>1,21</sup>

Como a “Casa de Gestante” é um projeto recente, não há na literatura estudos que avaliem as condições clínicas dos recém-nascidos pré-termo de gestantes que permaneceram neste espaço. Dessa forma, este estudo tem como objetivo comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo durante a internação hospitalar considerando a condição clínica das suas mães e se essas receberam ou não os cuidados da “Casa de Gestante”.

## Métodos

Trata-se de um estudo documental retrospectivo com amostra de conveniência no período de primeiro de abril de 2011 a 31 de setembro de 2011. Foram incluídos os RN que nasceram com idade gestacional de 24 a 34 semanas no Hospital Sofia Feldman, cadastrados no banco de dados da Rede do Sistema Neonatal do Ministério da Saúde. Foram excluídos os que apresentaram nota de Apgar de 5º minuto menor que 6 e/ou malformações congênitas e/ou infecção por toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis (TORCHS) confirmada.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa (parecer 158.597) segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que determina os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos.

Inicialmente foi realizada a coleta das informações dos RN, por meio da ficha de coleta de dados previamente elaborada, no banco de dados da Rede do Sistema Neonatal do Ministério da Saúde/Hospital Sofia Feldman.

A ficha de dados dos RN continha informações de idade gestacional de nascimento e corrigida à alta, peso de nascimento e à alta, nota de Apgar no 5º minuto de vida, presença de gemelaridade, recebimento de surfactante exógeno, tempo da sua administração e número de doses realizadas, o tempo de internação do RN na unidade de terapia intensiva neonatal, o tempo de ventilação mecânica, o tempo de oxigenioterapia, a ocorrência de displasia broncopulmonar, de hemorragia periventricular e seus graus, segundo a Classificação de Papile;<sup>19</sup> de enterocolite necrosante, presença de retinopatia da prematuridade, de persistência do canal arterial, de convulsão, a ocorrência de sepse bem como o uso de antibiótico, e a ocorrência de óbito.

O preenchimento da ficha de dados maternos foi realizado por meio da busca ativa pelo nome da mãe do RN no caderno de registro de internação da

mesma na “Casa da Gestante”. Os demais dados maternos foram coletados por meio do livro de registro da sala de parto e dos seus prontuários. Foram criados então dois grupos: (1) mães que permaneceram na “Casa da Gestante”; (2) mães que não permaneceram na “Casa da Gestante”, ou seja, aquelas que chegaram em condições de trabalho de parto ativo em período expulsivo ou em caso de alguma condição materna que não permitisse a inibição do parto.

Na ficha de dados maternos foram coletadas informações referentes à sua idade, número de gestações, partos e abortos, número de consultas de pré-natal, tempo de permanência na “Casa da Gestante”, tempo de rotura de membrana, realização de corticoterapia antenatal e seu número de doses, condições que levaram a internação materna e ao parto prematuro, condições do bebê ao ultrassom gestacional, tipo de parto, quanto à realização da tocólise e ao uso de antibiótico pela gestante.

A análise estatística foi realizada pelo programa *SPSS Statistics 20*. Foram calculadas as frequências das variáveis qualitativas e as médias e medianas das variáveis quantitativas. Para a comparação das médias foi utilizado o teste *T* de *Student*. Para analisar a associação entre as variáveis

qualitativas foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. Considerou-se um intervalo de confiança de 99% e o nível de significância utilizado em todas as análises foi de 1,0% ( $p \leq 0,01$ ).

### Resultados

Foram incluídos inicialmente 197 mães e RN, sendo que 12 díades (mãe e bebê) foram excluídas: 8 RN que apresentaram nota de Apgar de 5º minuto menor que 6; 1 com diagnóstico de malformações congênitas; e 3 devido a presença de TORCHS confirmada. Foram consideradas as informações de 185 díades, divididas em dois grupos: grupo 1- mães que permaneceram na “Casa da Gestante”; grupo 2- mães que não permaneceram na “Casa da Gestante”.

A idade gestacional média de internação da gestante do grupo 1 foi de  $29,54 \pm 2,73$  semanas e do grupo 2 foi de  $31,31 \pm 2,39$  semanas, diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,001$ ). O tempo de rotura prematura de membrana pré-termo (RPMPT) foi significativamente maior para o grupo 1 (grupo 1:  $80,87 \pm 141,00$  horas versus grupo 2:  $18,02 \pm 43,83$ ,  $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Comparação entre as características maternas separadas por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	Média (DP)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Idade da gestante	26,51 (6,66)	26,10 (6,26)	0,672
Número de consultas no pré-natal	5,12 (2,27)	4,71 (2,32)	0,340
Número de gestações	2,27 (1,20)	2,11 (1,44)	0,300
Tempo de rotura da membrana	80,87 (141,00)	18,02 (43,83)	<0,001*
Idade gestacional em que a mãe foi internada na instituição	29,54 (2,73)	31,31 (2,39)	<0,001*

Teste T de Student. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

As gestantes do grupo 1 ficaram em média  $7,34 \pm 7,18$  dias internadas na “Casa da Gestante”. Nesse

período, 100% das mulheres pertencentes ao grupo 1 receberam corticoterapia ( $p = 0,004$ ). Dessas, a maio-

ria (95,8%) recebeu ciclo completo da medicação.

Foi observada diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo 2, no qual pouco mais de 50% das gestantes (56,2%) receberam a dose

completa da medicação ( $p < 0,001$ ). A ausência de doença materna registrada à internação foi significativamente maior para o grupo 2 (grupo 1: 38,9% versus grupo 2: 60,6%,  $p = 0,008$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Condições clínicas das gestantes separadas por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Realização de pré-natal	74 (98,7)	98 (93,3)	0,087
Realização de corticoide	76 (100,0)	98 (89,9)	0,004*
Doses de corticoide	72 (100,0)	96 (100,0)	
Ciclo completo	69 (95,8)	54 (56,2)	<0,001*
Ciclo incompleto	3 (4,2)	31 (32,3)	
Não realizado	0 (0,0)	11 (11,5)	
Tipo de parto	76 (100,0)	109 (100,0)	
Vaginal	40 (52,6)	59 (54,1)	0,841
Cesárea	36 (47,4)	50 (45,9)	
Condições maternas registradas à internação	72 (100,0)	94 (100,0)	
Sem doença	28 (38,9)	57 (60,6)	0,008*
Hipertensão Arterial Crônica	5 (6,9)	7 (7,4)	
Infecção do Trato Urinário	19 (26,4)	11 (11,7)	
Outros	11 (15,4)	14 (15)	
Motivo registrado em prontuário considerado como causador do trabalho de parto	76 (100,0)	98 (100,0)	
Sem doença	3 (3,9)	3 (3,1)	0,062
Síndrome Hipertensiva	25 (32,9)	39 (39,8)	
Trabalho de Parto Prematuro sem causa descrita	12 (15,8)	27 (27,6)	
Rotura Prematura de Membrana Pré-termo	32 (42,1)	20 (20,4)	
Outros	4 (5,2)	9 (9,1)	
Condição fetal	72 (100,0)	94 (100,0)	
Sem doença	33 (45,8)	59 (62,8)	0,070
Crescimento Intrauterino Restrito	9 (12,5)	5 (5,3)	
Alteração no Líquido Amniótico	12 (16,7)	4 (4,3)	
Alteração na ultrassonografia com Doppler	5 (6,9)	7 (7,4)	
Outros	13 (18,1)	19 (20,2)	
Ocorrência de rotura de membrana	40 (52,6)	43 (39,4)	0,076
Realização de Tocólise	46 (63,9)	66 (70,2)	0,389
Utilização de antibiótico pela mãe	48 (66,7)	52 (55,3)	0,139

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

Condições maternas registradas: outros- diabetes mellitus gestacional (DMG), corioamnionite, transtorno bipolar, miomatose, nefropatia, associação entre hipertensão arterial crônica (HAC) e DMG, anemia, tuberculose, dislipidemia, hepatite A, uso de drogas lícitas e ilícitas, cauterização uterina, endometriose; motivo do parto prematuro: outros- alteração placentária, prolapso de cordão umbilical, sangramento vaginal; condição fetal: outros- associações entre crescimento intrauterino restrito (CIUR) com alteração de líquido amniótico, associações entre CIUR, com alteração de líquido amniótico e a alteração de ultrassonografia com Doppler, alteração de líquido amniótico com alteração de ultrassonografia com Doppler, CIUR associado a alteração de ultrassonografia com Doppler.

Os resultados referentes aos RN se encontram nas tabelas 3, 4 e 5. Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre grupos.

**Tabela 3:** Comparação entre as características dos recém-nascidos separados por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Sexo	76 (100,00)	109 (100,00)	
Masculino	33 (43,40)	45 (41,30)	0,890
Feminino	43 (56,60)	64 (58,70)	
Ocorrência de gemelaridade	17 (22,40)	19 (17,40)	0,518
Peso por idade gestacional	76 (100,00)	109 (100,00)	
Pequeno para Idade Gestacional	21 (27,60)	37 (33,90)	0,098
Adequado para Idade Gestacional	52 (68,40)	60 (55,00)	
Grande para Idade Gestacional	3 (3,90)	12 (11,00)	
Realização de surfactante	39 (51,30)	47 (43,10)	0,342
Utilização de antibiótico pelo recém-nascido	70 (92,1)	91 (83,5)	0,086

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

**Tabela 4:** Condições clínicas dos recém-nascidos separados por grupos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	Média (DP)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Idade gestacional ao nascimento do recém-nascido (semanas).	30,81 (2,41)	31,31 (2,39)	0,166
Escore APGAR no 5º minuto de vida do recém-nascido.	8,78 (0,89)	8,62 (0,98)	0,273
Peso de nascimento do recém-nascido.	1387,69 (442,66)	1455,46 (544,53)	0,371
Idade gestacional corrigida do recém-nascido à alta	35,19 (3,13)	35,73 (2,92)	0,233
Peso à alta do recém-nascido.	1747,87 (505,90)	1847,92 (393,25)	0,172
Total de dias de internação do recém-nascido.	31,30 (24,89)	31,08 (24,60)	0,953
Total de dias de vida do recém-nascido.	31,36 (24,93)	31,32 (24,44)	0,993

Teste *T* de Student. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .

**Tabela 5:** Associação entre grupos dos desfechos dos recém-nascidos. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Variáveis	n (%)		P
	Grupo 1	Grupo 2	
Ocorrência de displasia brancopulmonar	4 (5,30)	4 (3,70)	0,875
Ocorrência de hemorragia periintra-ventricular	76 (100,00)	109 (100,00)	
Exame não realizado	35 (46,1)	56 (51,4)	
Sem alteração	35 (46,1)	48 (44,0)	
Hemorragia Periintra-ventricular Grau I	2 (2,6)	2 (1,8)	0,397
Hemorragia Periintra-ventricular Grau II	2 (2,6)	0 (0,0)	
Hemorragia Periintra-ventricular Grau III	1 (1,3)	3 (2,8)	
Hemorragia Periintra-ventricular Grau IV	1 (1,3)	0 (0,0)	
Presença de enterocolite necrosante	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Presença de persistência do canal arterial (PCA)	5 (6,6)	9 (8,3)	0,887
Tratamento conservador para PCA	1 (1,3)	3 (2,8)	0,883
Tratamento cirúrgico para PCA	5 (6,6)	5 (4,6)	0,796
Ocorrência de retinopatia da prematuridade	76 (100,0)	109 (100,0)	
Exame não realizado	53 (69,7)	75 (68,8)	
Normal	19 (25,0)	33 (30,3)	
Retinopatia da prematuridade Grau I	2 (2,6)	1 (0,9)	
Retinopatia da prematuridade Grau II, IV e V	0 (0,0)	0 (0,0)	0,248
Retinopatia da prematuridade Grau III	2 (2,6)	0 (0,0)	
Presença de tipos de sepse	76 (100,0)	109 (100,0)	
Sem sepse	48 (63,2)	69 (63,3)	
Sepse precoce	4 (5,3)	8 (7,3)	0,923
Sepse tardia	21 (27,6)	27 (24,8)	
Sepse precoce e sepse tardia	3 (3,9)	5 (4,6)	
Ocorrência de convulsões	3 (3,9)	3 (2,8)	0,652
Ocorrência de óbito	7 (9,2)	9 (8,3)	0,820

Teste do Qui-Quadrado. \*Considerando significativo valor de  $p \leq 0,01\%$ .



### Discussão e Conclusões

Com o objetivo de comparar os aspectos clínicos de recém-nascidos pré-termo durante a internação hospitalar, considerando as condições clínicas maternas, observou-se que houve adiamento do trabalho de parto das mulheres que permaneceram internadas na “Casa da Gestante” com o uso de tocolíticos, sem prejuízos tanto para mãe quanto para o bebê. Tais parturientes foram internadas com idade gestacional média de 29,54 semanas e seus bebês nasceram com idade gestacional média de 30,81 semanas, ou seja, o parto foi adiado por 8,89 dias. Diferentemente do encontrado no estudo de Bezerra *et al.*,<sup>4</sup> o qual avaliou 163 gestantes que receberam drogas inibidoras do trabalho de parto e o mesmo foi postergado por, em média, 17,4 dias. Entretanto, os autores consideraram os RN com idade gestacional entre 25 a 36 semanas e não descreveram se as gestantes apresentavam síndromes hipertensivas e RPMPT como no atual estudo, condições essas que podem interferir diretamente na duração da inibição do trabalho de parto devido aos riscos às mães e aos bebês.

O adiamento do parto permitiu a administração de corticoide antenatal em 100% das mulheres ( $p=0,004$ ), sendo que prevaleceu o ciclo completo da droga no grupo 1 em relação ao grupo 2 ( $p<0,001$ ). O uso do ciclo único de corticoide é apoiado por acelerar a maturação pulmonar fetal para mulheres em risco de parto prematuro. A literatura evidencia que a sua utilização reduz o risco de morte neonatal, síndrome de angústia respiratória, hemorragia periintraventricular, enterocolite necrosante, morbidade infecciosa, necessidade de ventilação e de admissão à UTI neonatal para a ampla faixa de idade gestacional de 26 a 34 semanas.<sup>21</sup> No presente estudo, entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre a utilização do corticoide antenatal e o quadro clínico dos RN. Contudo, nota-se que o surfactan-

te foi mais utilizado no grupo 2 (gestantes que não permaneceram na “Casa da Gestante; 47 RN) em relação ao grupo 1 (gestantes que permaneceram na “Casa da Gestante; 39 RN) o que pode dever-se à redução da SDR devido à corticoterapia antenatal. Embora os desfechos dos RN de ambos grupos tenham sido parecidos, se os RN das mães que ficaram internadas na “Casa da Gestante” tivessem nascido no momento em que foram admitidos na instituição, poderia haver diferença significativa na análise entre os grupos. As idades gestacionais de nascimento de ambos os grupos só foram semelhantes porque o trabalho de parto das mães que permaneceram na “Casa da Gestante” foi adiado.

Em uma revisão em que foram selecionados 21 artigos que investigavam comparações controladas e aleatórias da administração de corticosteróides pré-natais (betametasona, dexametasona ou hidrocortisona) em diversas situações, evidenciou-se que os bebês de gestantes com síndromes hipertensivas tratados com corticosteróides apresentaram redução significativa do risco de morte neonatal, SDR e HPIV. As evidências também apontam que houve redução de morte neonatal, SDR, HPIV, enterocolite necrosante e duração da assistência respiratória neonatal dos filhos das mulheres que apresentaram RPMPT.<sup>21</sup>

No presente estudo foram analisadas todas as mulheres que evoluíram da internação para o parto prematuro, seja na “Casa da Gestante” ou no ambiente hospitalar. É importante observar que segundo o estudo de Pimenta *et al.*,<sup>20</sup> também realizado em uma “Casa da Gestante”, houve alto índice de alta do serviço após estabilidade do quadro clínico materno, bem como baixas frequências de natimortos, óbitos neonatais e nota de Apgar no 5º minuto  $< 7$ . Tal resultado sugere que a qualidade da assistência prestada no local foi adequada e proporcionou melhora do quadro materno, além de prevenir fatores associados ao aumento dos índi-

ces de mortalidade materna e neonatal.

Locais como as *Maternity Waiting Homes* (MWH), que têm como objetivo analisar estratégias que unam famílias e facilidades, incluindo a mobilização da comunidade, incentivos financeiros, sistemas de referência de emergência e de transporte e triagem de risco pré-natal, foram estudados anteriormente. Estes locais apresentam funções semelhantes à “Casa da Gestante” e os resultados indicam que estes locais reduzem a taxa de mortalidade neonatal e o número de natimortos.<sup>13</sup>

Resultado semelhante foi encontrado em uma revisão sistemática em que a eficácia de MWH foi analisada em 19 estudos. Observou-se redução do número de natimortos na África Subsaariana, entretanto os autores não encorajam sua utilização devido à baixa qualidade dos artigos existentes. Segundo os mesmos, as MWH são amplamente utilizadas em diversos países, pois apesar da escassez de evidências sobre o funcionamento, elas permitem que a gestante viva em um local mais próximo do acesso a saúde.<sup>9</sup>

A redução da taxa de mortalidade infantil e natimortos estão incluídos no quarto objetivo do milênio. A principal causa de morte em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, e estas estão associadas ao baixo nível socioeconômico das mães, as condições precárias de assistência à mulher durante a gestação e ao parto, além dos cuidados oferecidos ao RN durante e após o parto. Entre 1990 e 2008 houve redução nos índices de morte no período neonatal precoce (0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) de 47% e 8% respectivamente.<sup>10</sup>

Uma maneira de reduzir as altas taxa de mortalidade na infância é a melhora da saúde materna. Contudo, ainda é necessária a implementação mais efetiva de ações de saúde que envolvam o planejamento familiar, atenção ao aborto previsto em lei, qualificação da atenção no pré-natal realiza-

dos pelas equipes de saúde da família, encaminhamento oportuno das gestantes de risco para locais especializados, atenção adequado no trabalho de parto e no pós-parto e o tratamento de urgências e emergências.<sup>10</sup>

A “Casa da Gestante” apresentou-se como um meio eficaz de adiamento do TPP, permitindo a administração do corticoide antenatal. Na “Casa da Gestante” espera-se oferecer assistência de qualidade a gestante e ao bebê, oferecendo o tratamento adequado às suas necessidades, reduzindo as taxas de mortalidade materna e infantil. Não foram observadas diferenças nas variáveis dos recém-nascidos, entretanto, isso pode dever-se ao fato de que com o adiamento do parto prematuro decorrente da tocólise recebida pelas mulheres do grupo 1, a idade gestacional de nascimento desses bebês tenham se igualado à do grupo 2. Como a “Casa da Gestante” é uma proposta nova de assistência, suscita-se a necessidade de estudos que avaliem os efeitos deste tipo de assistência nas condições clínicas das gestantes e bebês.

## Referências

1. Albuquerque ICC, Amorim MMR, Meneses J, Katz L, Santos LC. Avaliação do impacto da corticoterapia antenatal para aceleração da maturidade pulmonar fetal nos recém-nascidos em maternidade-escola brasileira. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:655-61.
2. Bakewell-Sachs S, Blackburn S. State of the science: achievements and challenges across the spectrum of care for preterm infants. *JOGNN* 2003; 32:683-95.
3. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21:269-76.
4. Bezerra LC, Oliveira SMJV, Latorre MRDO. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6: 223-29.
5. Bittar RE, Zugaib M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31:415-22.
6. Bittar RE, Fonseca EB, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. *Femina* 2010; 38:14-22.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de gestação de alto risco. Rio de Janeiro; 2011. p. 7-90.
8. Hospital Sofia Feldman [home page na internet]. Casa da Gestante Zilda Arns. Belo Horizonte;2012 [acesso em 14 set 2012]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>.
9. Hussein J, Kanguru L, Astin M, Munjanja S. The Effectiveness of Emergency Obstetric Referral Interventions in Developing Country Settings: A Systematic Review. *PLoS Med* 2012; 9:1-12.
10. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF); IPEA/SPI; 2010.
11. Krauss-Silva L, Costa TP, Reis AF, Iamada NO, Azevedo AP, Albuquerque, CP. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: uso de corticoides no trabalho de parto prematuro. *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 817-29.
12. Leão PRD, Silva ACP. Corticosteróides na aceleração da maturidade fetal: evidências atuais. *Femina* 2008; 36:385-89.
13. Lee AC, Lawn JE, Cousens S, Kumar V, Osrin D, Bhutta ZA, Wall SN, Nandakumar AK, Syed U, Darmstadt GL. Linking families and facilities for care at birth: What works to avert intrapartum-related deaths? *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107:Suppl 1:S65-85.
14. Martinez J M. Factores maternos relacionados con el parto pretérmino y su repercusión en el neonato. Hospital Nacional Hipólito Unanue: 2002 -2006. *Rev Per Obst Enf* 2007; 3:115-125.
15. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Orientações para elaboração de propostas da rede cegonha. Brasília (DF); 2012.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 31 mai. 2013.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF); 2006. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 5).
18. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestante de alto risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília (DF); 2001.
19. Papiile LA, Burstein J, Burstein R, Koffler H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. *J Pediatr* 1978; 92:529-34.
20. Pimenta A M, Nazareth JV, Souza KV, Pimenta GM. Programa “Casa das Gestantes”: perfil das usuárias e resultados da assistência à saúde materna e perinatal. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21:912-20.
21. Roberts D, Dalziel S. Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2006, Issue 3. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub2.
22. World Health Organization. Preterm Birth. Geneva; 2013.

*Avaliação de Tecnologias de Saúde*  
*Informes Científicos*

# Belimumabe para o tratamento do Lúpus Eritematoso Sistêmico – uma avaliação da tecnologia<sup>i</sup>

## Belimumab for the treatment of systemic lupus erythematosus - an assessment of technology

Dennys Ricardo Malouf<sup>ii</sup>  
Carlos Henrique Botelho<sup>iii</sup>  
Mabel Fernandes Figueiró<sup>vi</sup>  
Tereza Setsuko Toma<sup>v</sup>

### Resumo

O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e característica autoimune. O desenvolvimento da doença tem sido relacionado à predisposição genética, fatores ambientais e hormonais, sendo que 90% dos pacientes são mulheres. Em 2012, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) concedeu o registro do belimumabe, um anticorpo monoclonal indicado como adjuvante em pacientes adultos com lúpus e falta de resposta ao tratamento padrão (anti-inflamatórios não esteroides glicocorticoides, antimaláricos e imunossupressores). O objetivo deste estudo foi analisar se o belimumabe é eficaz e seguro no tratamento do lúpus em adultos. Duas revisões sistemáticas indicaram que o belimumabe no esquema 10 mg/kg com duração de 52 semanas de tratamento foi eficaz na redução de atividade da doença, sendo necessário tratar 9 pacientes para obter um paciente beneficiado. Não houve diferenças significantes nos eventos adversos entre os grupos de pacientes estudados.

**Palavras-chave:** Lúpus Eritematoso Sistêmico; Belimumabe; Benlysta.

### Abstract

Systemic lupus erythematosus is a chronic inflammatory disease of unknown cause and autoimmune feature. The development of the disease has been linked to genetic predisposition, environmental and hormonal factors, and 90% of patients are women. In 2012, ANVISA granted the registration of belimumab, a monoclonal antibody indicated as an adjunct in adult patients with lupus and lack of response to standard treatment (anti-inflammatory drugs glucocorticoids, antimalarials and immunosuppressants). The objective of this study was to analyze the efficacy and safety of belimumab in the treatment of lupus in adults. Two systematic reviews indicated that belimumab 10 mg/kg in the 52-week treatment regimen was effective in reducing disease activity, and it is necessary to treat nine patients for one patient benefited. There were no significant differences in adverse events between the groups of patients.

**Keywords:** systemic lupus erythematosus, belimumab, Benlysta.

<sup>i</sup> Trabalho final de alunos do Programa de Aprimoramento Profissional em Avaliação de Tecnologias de Saúde do Instituto de Saúde.

<sup>ii</sup> Dennys Ricardo Malouf (drmalouf@gmail.com) é psicólogo, especialista em Psicopatologia e Saúde Pública, ex-aprimorando do Instituto de Saúde – Participou de todas as etapas do parecer técnico-científico e elaborou a primeira versão deste artigo.

<sup>iii</sup> Carlos Henrique Botelho (botelho13@yahoo.com.br) é economista, ex-aprimorando do Instituto de Saúde – Participou de todas as etapas do parecer

técnico-científico.

<sup>vi</sup> Mabel Fernandes Figueiró (mfigueiro@hcor.com.br) é bibliotecária, coordenadora do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital do Coração – Realizou a busca de informações nas bases de dados em conjunto com os dois primeiros autores.

<sup>v</sup> Tereza Setsuko Toma (ttoma@isaude.sp.gov.br) é médica, diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP do Instituto de Saúde – foi supervisora do trabalho e fez a revisão final do artigo.



## Introdução

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e de característica autoimune, que acomete vários órgãos. Caracteriza-se pela presença de diversos autoanticorpos, e evolui com manifestações clínicas polimórficas, períodos de exacerbação e remissão. As manifestações clínicas mais pronunciadas são erupções cutâneas, artrite e glomerulonefrite, mas podem ser observados quadros de anemia hemolítica e trombocitopenia. Também podem ocorrer manifestações neurológicas, como convulsões e psicose<sup>2</sup>.

A etiologia não está totalmente esclarecida, e o desenvolvimento da doença tem sido relacionado à predisposição genética e influência de fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos. Como cerca de 90% dos pacientes são mulheres, atribui-se aos hormônios femininos um papel importante no desenvolvimento da doença<sup>2,4</sup>.

O exame laboratorial corrobora o diagnóstico quando se observam alterações como: leucopenia, anemia, linfopenia, plaquetopenia e alterações do sedimento urinário. De importância para o diagnóstico de LES é a pesquisa de anticorpos ou fatores antinucleares por imunofluorescência indireta<sup>9</sup>.

O tratamento inicial inclui medidas gerais não medicamentosas como aconselhamento, apoio e orientação aos pacientes e seus familiares, estímulo à prática de exercícios físicos aeróbicos regulares, dieta apropriada, controle do tabagismo, proteção contra luz solar e outras formas de irradiação ultravioleta. O tratamento medicamentoso tem como base o uso de fármacos capazes de regular as alterações imunológicas e atuar nas consequências da inflamação causada pela doença<sup>4,7</sup>.

Com o intuito de monitorar a resposta dos doentes aos tratamentos medicamentosos, diversos índices foram desenvolvidos, entre eles SELE-

NA-SLEDAI, BILAG, PGA e SRI, discutidos a seguir.

*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI)*, modificado pelo *Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus*, deu origem ao SELENA-SLEDAI, que é o índice de maior aplicação. Este índice de atividade é composto por 24 itens, dentre os quais se encontram descritos sinais, sintomas e testes laboratoriais. Conforme a relevância ou gravidade cada item recebe um valor (1 a 8), sendo que a somatória de todos os itens assinalados resulta em um escore final (quanto mais alto o escore, maior o grau de atividade da doença). A atividade da doença, segundo o resultado deste índice, é mensurada da seguinte forma: doença inativa (escore igual a zero); atividade leve (escore de 1 a 5); atividade moderada (escore de 6 a 10); atividade alta (escore de 11 a 19); atividade muito alta (escore de 20 ou mais)<sup>7</sup>.

*British Isles Assessment Group (BILAG)* avalia a atividade da doença em relação ao mês anterior em sistemas separados. É o único índice em que as pontuações de cada item são avaliadas não só quanto à presença ou ausência como também se houve melhora ou piora do quadro. Os nove sistemas (e não órgãos) considerados são: sistema constitucional, muco-cutâneo, nervoso central, musculoesquelético, cardiovascular-respiratório, abdominal, renal, oftálmico e hematológico. Cada sistema é avaliado conforme atividade da doença em A (grande), B (moderada), C (baixa), D (anteriormente presente, sem atividade atual) ou E (nunca ativo)<sup>6</sup>.

*Physician Global Assessment (PGA)* tem como objetivo avaliar a atividade da doença nas duas semanas anteriores à consulta. Esta escala apresenta a desvantagem de ser semiquantitativa e apresentar variabilidade entre os avaliadores. O PGA utiliza três parâmetros de referência para avaliar a atividade da doença: leve (1 ponto), moderada (2-2,5 pontos) e grave (3 pontos). Considera-se atividade significativa quando ocorre um aumento de pelo

menos 0,3 pontos em relação ao escore basal<sup>6</sup>.

*Systemic Lupus Erythematosus Responder Index* (SRI) é um instrumento composto (combinando elementos do SELENA-SLEDAI, BILAG e PGA) e tem sido utilizado como medida de desfecho primário em ensaios clínicos. O SRI permite que os pacientes sejam dicotomizados em respondentes ou não respondentes, de acordo com critérios de avaliação predefinidos em cada um dos elementos componentes, tais como: redução  $\geq 4$  pontos da linha de base na pontuação SELENA-SLEDAI, nenhum novo BILAG A e não mais do que um novo BILAG B em comparação com a linha de base e ausência de piora no PGA ( $< 0,3$  pontos em relação à linha de base)<sup>6</sup>.

O tratamento padrão inicial recomendado pelo Ministério da Saúde constitui-se de antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) e glicocorticoides, independentemente do órgão ou sistema afetado pela doença. Os glicocorticoides são os fármacos mais utilizados no tratamento de LES, e as doses diárias variam de acordo com a gravidade de cada caso. A prednisona por via oral é o tratamento padrão, podendo-se realizar também a pulsoterapia, com metilprednisolona<sup>7</sup>.

Em 2010, a *Food and Drug Administration* (FDA) publicou um informe de avaliação tecnológica e concluiu que o perfil de segurança e eficácia favorável do belimumabe o tornava uma nova e importante opção terapêutica para o LES. O argumento favorável ao belimumabe, além de ser o primeiro tratamento para LES com eficácia demonstrada por ensaios clínicos controlados em pacientes com lúpus ativo, foi que seu uso poderia prevenir o tratamento com os regimes mais agressivos da abordagem atual<sup>12</sup>.

Belimumabe (nome comercial benlysta) foi registrado pela empresa GlaxoSmithKline na Anvisa em novembro/2012, com prazo de vencimento em novembro/2017<sup>vi</sup>. No Estado de São Paulo, o

belimumabe passou a ser disponibilizado a partir de 2011. Em outubro de 2014, havia 57 pacientes cadastrados como ativos, dos quais 51% correspondiam a solicitações de ação judicial, sendo que a SES-SP gastou R\$ 173.771,08 naquele mês com a dispensa de belimumabe<sup>vii</sup>.

Este parecer técnico-científico foi realizado para atender a uma demanda da Coordenadoria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo<sup>viii</sup>.

## Método

As recomendações das Diretrizes para elaboração de pareceres técnico-científicos do Ministério da Saúde nortearam a realização do estudo<sup>8</sup>.

A seguinte pergunta de investigação foi elaborada por meio do acrônimo PICO: O belimumabe, como adjuvante ao tratamento padrão, é eficaz e seguro para a redução da atividade geral da doença constatado a partir das escalas SRI, SELENA-SLEDAI, BILAG e PGA?

**População de interesse** – população adulta com LES, exceto com nefrite ativa grave e lúpus ativo grave no SNC.

**Intervenção** – Belimumabe associado a tratamento padrão (corticosteroides ou imunossuppressores ou antimaláricos).

**Comparador** – tratamento padrão (corticosteroides ou imunossuppressores ou antimaláricos).

**Outcome** (desfecho) – redução da atividade geral da doença constatado a partir das escalas SRI, SELENA-SLEDAI, BILAG, PGA.

As buscas de informações foram realizadas nas bases de dados PubMed, LILACS, The Cochrane Library, EMBASE e Center for Review and Dissemi-

<sup>vi</sup> Disponível em: [http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta\\_Produto/rconsulta\\_produto\\_detalhe.asp](http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto/rconsulta_produto_detalhe.asp)

<sup>vii</sup> Informação enviada em 30/10/2014 via e-mail, por Ricardo Paranhos Pires Moreira, à época, coordenador da Comissão de Farmacologia da SES-SP.

<sup>viii</sup> Parecer completo pode ser acessado em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/ptc\\_belimumabe\\_final\\_comcapa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/ptc_belimumabe_final_comcapa.pdf)

nation, utilizando a combinação dos termos MeSH systemic lupus erythematosus, Liebman-Sacks disease, belimumab, benlysta, lymphoStat-B. Para a busca na base LILACS foram utilizados os termos belimumabe, benlysta, lúpus eritematoso sistêmico, nos idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia de busca limitou-se a revisões sistemáticas publicadas em português, inglês e espanhol. Não houve limitação quanto ao tempo, sendo incluídos estudos publicados até outubro de 2014.

As revisões sistemáticas selecionadas foram avaliadas com relação à qualidade e rigor metodológico por meio da escala AMSTAR<sup>10</sup>. A análise e extração de informações foram realizadas de forma independente pelos dois aprimorandos e discordâncias foram sanadas mediante discussão com a supervisora do estudo.

### Resultados e discussão

O processo de busca nas bases de dados de literatura científica identificou 36 artigos, dos quais 34 foram excluídos pelos seguintes motivos: 4 repetidos, 29 não eram revisões sistemáticas e 1 avaliação econômica sem revisão sistemática.

Ambas as revisões sistemáticas selecionadas (Borba et al., 2014 e Kandala et al., 2013)<sup>3,5</sup> foram consideradas de alta qualidade metodológica, obtendo escore 9/11 no instrumento AMSTAR.

As duas revisões sistemáticas realizaram meta-análises a partir de dois ensaios clínicos sobre eficácia do belimumabe: BLISS-52, ensaio fase III com 865 pacientes (média de idade de 36 anos), e BLISS-76, ensaio fase III com 819 pacientes (média de idade de 40 anos). Esses estudos documentaram o uso de belimumabe nas dosagens de 1 e 10 mg/kg, por via endovenosa nos dias 0, 14, 28 e depois a cada 28 dias. Os esquemas de tratamento tiveram duração de 52 e 76 semanas, respectivamente, nos estudos BLISS-52 e BLISS-76.

Os estudos BLISS foram conduzidos conforme protocolos similares, porém houve grande diferença na distribuição geográfica dos locais onde os pacientes foram recrutados e, conseqüentemente, importantes diferenças raciais e étnicas. No BLISS-52 a amostra contemplou 27% de caucasianos, 32% de americanos nativos e 33% de asiáticos, enquanto no BLISS-76 havia 70% de caucasianos, 13% de americanos nativos e 3% de asiáticos. Ambos os ensaios foram considerados de boa qualidade, porém escassas as informações sobre sigilo de alocação.

A revisão sistemática com meta-análise de Borba et al.<sup>3</sup> analisou eficácia e segurança de terapias biológicas, entre as quais belimumabe, comparadas a placebo em pacientes adultos tratados com prednisona, antimaláricos e imunossuppressores. Quatro ensaios foram incluídos na meta-análise para avaliar segurança, e apenas dois ensaios na meta-análise sobre eficácia de belimumabe.

Esta meta-análise mostrou resultados significantes para eficácia de belimumabe 1 mg/kg até 52 semanas, quanto ao escore SRI (RR=1,19; IC 95% 1,04-1,37; I<sup>2</sup>=0), redução > 4 pontos do escore SELENA-SLEDAI (RR=1,18; IC 95% 1,03-1,34; I<sup>2</sup>=0), normalização de C3 baixo (RR=1,58; IC 95% 1,06-2,36; I<sup>2</sup>=0), anti-dsDNA positivo para negativo (RR=2,35; IC 95% 1,40-3,94; I<sup>2</sup>=0), e nenhum novo BILAG 1A ou 2B (RR=1,10; IC 95% 1,03-1,18; I<sup>2</sup>=0). Os resultados foram significantes para belimumabe 1 mg/kg até 76 semanas apenas quanto a anti-dsDNA positivo para negativo (RR=2,86; IC 95% 1,47-5,57; I<sup>2</sup> não aplicável), e nenhum novo BILAG 1A ou 2B (RR=1,17; IC 95% 1,03-1,33; I<sup>2</sup> não aplicável).

Com relação ao esquema de belimumabe 10 mg/kg até 52 semanas, a meta-análise mostrou significância para SRI (RR=1,31; IC 95% 1,15-1,49; I<sup>2</sup>=0), redução > 4 pontos do escore SELENA-SLEDAI (RR=1,29; IC 95% 1,13-1,46; I<sup>2</sup>=0), normalização de C3 baixo (RR=2,24; IC 95% 1,55-3,23; I<sup>2</sup>=0), anti-dsDNA positivo para negativo (RR=2,71; IC 95%

1,72-4,29;  $I^2=0$ ), e nenhum novo BILAG 1A ou exacerbações 2B (RR=1,09; IC 95% 1,02-1,17;  $I^2=0$ ). Os resultados foram significantes para belimumabe 10 mg/kg até 76 semanas apenas quanto a normalização de C3 baixo (RR=2,76; IC 95% 1,62-4,72;  $I^2$  não aplicável), e anti-dsDNA positivo para negativo (RR=2,11; IC 95% 1,05-4,24;  $I^2$  não aplicável).

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à segurança entre os grupos belimumabe 1 mg/kg e 10 mg/kg e o grupo controle [respectivamente (RR 1,01; IC 95% 0,99-1,04;  $I^2=0$ ) e (RR 1,01; IC 95% 0,98-1,03;  $I^2=0$ )], assim como em relação a tolerabilidade [respectivamente (RR 0,81; IC 95% 0,59-1,11;  $I^2=0$ ) e (RR 0,91; IC 95% 0,67-1,22;  $I^2=0$ )].

Na revisão sistemática com meta-análise de Kandala et al.<sup>5</sup>, o desfecho primário foi o SRI até 52 semanas, mostrando diferença estatisticamente significativa a favor do belimumabe (OR=1,63; IC 95% 1,27-2,09;  $I^2=0$ ). Respostas favoráveis ao belimumabe também foram constatadas em desfechos secundários, tais como melhora de 4 pontos no escore SLEDAI (OR=1,63; IC 95% 1,28-2,05;  $I^2=0$ ), redução no uso de esteroides nas semanas 40 a 52 (OR=1,56; IC 95% 1-2,42;  $I^2=0$ ), não piora do PGA (OR=1,5; IC 95% 1,16-1,95;  $I^2=0$ ), nenhum novo BILAG 1A/2B (OR=1,37; IC 95% 1,04-1,81;  $I^2=8$ ), tempo para primeira exacerbação grave (OR=1,56; IC 95% 1,23-1,96;  $I^2=0$ ). A meta-análise mostrou também uma superioridade dos resultados favoráveis ao belimumabe com 52 semanas de tratamento em comparação a 76 semanas.

Nas duas revisões sistemáticas analisadas, meta-análises foram realizadas a partir de apenas dois ensaios clínicos, conhecidos como BLISS-52 (esquema de tratamento até 52 semanas) e BLISS-76 (esquema de tratamento até 76 semanas), que utilizaram as dosagens de 1 e 10 mg/kg. Os resultados mostraram eficácia do belimumabe no esquema de 52 semanas em comparação ao

placebo, ambos associados a tratamento padrão, para os desfechos principal e secundários. O esquema de 76 semanas não apresentou o mesmo nível de eficácia. Ambas as dosagens mostraram-se eficazes, no entanto, observou-se gradiente dose-resposta, uma vez que o NNT (número necessário para tratar) foi de 12 pacientes para a dosagem de 1 mg/kg e 8 pacientes para a dosagem de 10 mg/kg.

Belimumabe foi licenciado para uso tanto nos Estados Unidos quanto na Europa. Desde 2011, o *National Institute for Health Care and Excellence* do Reino Unido (NICE) vem discutindo a pertinência de incorporar o belimumabe no sistema público de saúde, porém indicando a necessidade de mais estudos de avaliação econômica<sup>11</sup>.

### Recomendação

O cálculo do *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE)<sup>8</sup>, mostrou que para o desfecho principal – SRI – o nível de evidência é de alta qualidade, e o NNT é igual a 9 (IC 95% 6-16) para o tratamento com 10 mg/kg de belimumabe durante 52 semanas.

De outro lado, o nível de evidência também é de alta qualidade com relação à segurança do belimumabe, com NNT = 665 para eventos adversos graves.

Os dois ensaios clínicos utilizados nas revisões sistemáticas, embora considerados de boa qualidade metodológica, analisaram amostras populacionais muito diferentes entre si. Não há referência a afrodescendentes nesses estudos, apesar de a doença ser mais prevalente e mais grave nesses indivíduos.

Há alguns ensaios clínicos em andamento que poderão acrescentar informações sobre eficácia e segurança para populações específicas como os negros e pessoas do nordeste da Ásia, cujos prazos previstos para encerramento são, respectiva-

mente, 2018 e 2015<sup>ix</sup>.

É recomendável a realização de avaliação econômica para analisar a viabilidade de incorporação do belimumabe para tratamento de LES em adultos com falha de resposta ao tratamento convencional.

**Agradecimentos:** Bibliotecária do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (acesso à EMBASE); bibliotecárias da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (acesso a artigos na íntegra), Tiago da Veiga Pereira, coordenador da Unidades de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz por fazer a revisão técnica do parecer.

**Fontes de financiamento:** O estudo foi realizado com recursos próprios do Instituto de Saúde.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse que possam ter influência na realização do parecer.

#### Referências

1. BMJ Best Practice. Lúpus eritematoso sistêmico. [acesso em 9 out 2014]. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/103.html>
2. Borba EF, Latorre LC, Brenol JCT, Kayser C, Silva NA, Zimmermann AF et al. Consenso de Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Rev Bras Reumatol.* 2008; 48(4):196-207. [acesso em 9 out 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v48n4/v48n4a02.pdf>
3. Borba HHL, Wiens A, de Souza TT, Correr CJ, Pontarolo R. Efficacy and safety of biologic therapies for systemic lupus erythematosus treatment: systematic review and meta-analysis. *BioDrugs.* 2014; 28(2):211-228.
4. Enríquez-Mejía MG. Fisiopatología del lupus eritematoso sistêmico. *Revista de Medicina e Investigación.* 2013; 1(1):8-16. [acesso em 9 out 2014]. Disponível em: <http://apps.elsevier.es/watermark/>

<sup>ix</sup> Busca realizada em 19 de março de 2015 em [https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=BELIMUMAB&show\\_down=Y](https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=BELIMUMAB&show_down=Y)

ctl\_servlet?\_f=10&pident\_articulo=90165398&pident\_usuario=0&pcontactid=&pident\_revista=353&ty=5&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=353v01n01a90165398pdf001.pdf

5. Kandala NB, Connock M, Grove A, Sutcliffe P, Mohiuddin S, Hartley L et al. Belimumab: a technological advance for systemic lupus erythematosus patients? Report of a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2013; 3(7):e002852. [acesso em 22 dez 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717447/pdf/bmjopen-2013-002852.pdf>
6. Luijten KM, Tekstra J, Bijlsma JWJ, Bijl M. The systemic lupus erythematosus responder index (SRI); a new SLE disease activity assessment. *Autoimmun Rev.* 2012; 11(5):326-329.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 100, de 7 de fevereiro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Diário Oficial da União*, 8 fev. 2013. [acesso em 22 dez 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0100\\_07\\_02\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0100_07_02_2013.html)
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de Pareceres Técnico-Científicos. Brasília (DF); 2011 [acesso em 15 abr 2014]. Disponível em: <http://200.214.130.94/rebrats/publicacoes/DiretrizesPTC.pdf>
9. Sato EI, Bonfá ED, Costallat LTL, Silva NA, Brenol JCT, Santiago MB et al. Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Rev Bras Reumatol.* 2002; 42(6):362-70. [acesso em 9 out 2014]. Disponível em: <http://www.cidmed.com.br/pdf/lupus.pdf>
10. Sharif MO, Sharif FNJ, Ali H, Ahmed F. Systematic reviews explained: AMSTAR – how to tell the good from the bad and the ugly. *OHDM.* 2013; 12(1):9-16. [acesso em 22 dez 2014]. Disponível em: <http://omicsonline.com/open-access/2247-2452/2247-2452-12-491.pdf?aid=12933>
11. Specchia ML, Waure C, Gualano MR, Doria A, Turchetti G, Pippo L et al. Health technology assessment of belimumab: a new monoclonal antibody for the treatment of systemic lupus erythematosus. *Biomed Research International.* 2014; 16:1-9. [acesso em 22 dez 2014] Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/704207/>
12. U.S. Food and Drug Administration. Arthritis Advisory Committee Meeting Briefing Document for the 16 November 2010. Belimumab BENLYSTA® (belimumab), Treatment of Systemic Lupus Erythematosus – BLA 125370, 13 oct. 2010. Estados Unidos; 2010. [acesso em 9 out 2014] Disponível em: <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/ArthritisAdvisoryCommittee/UCM233581.pdf>



# Denosumabe para tratamento de osteoporose pós-menopausa

## Denosumab for the treatment of postmenopausal osteoporosis

Clarice Lopes Araújo<sup>i</sup>  
Larissa Munari Paulino<sup>ii</sup>  
Mabel Fernandes Figueiró<sup>iii</sup>  
Sonia Isoyama Venancio<sup>vi</sup>

### Resumo

A partir da demanda da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foi realizado um Parecer Técnico Científico para analisar a eficácia do denosumabe, fármaco utilizado no tratamento da osteoporose que não foi incorporado pelo SUS, mas que é distribuído atualmente por meio de demandas judiciais ou administrativas. Comparou-se esse fármaco aos bisfosfonatos, medicamentos padrão distribuídos pelo SUS. Foram identificadas duas revisões sistemáticas que se enquadraram nos critérios de inclusão. Na análise dos dados foi possível perceber que não há diferenças significativas entre os dois fármacos e que somente em alguns casos o denosumabe pode ser preferencial por existir alguma restrição aos bisfosfonatos. Sugere-se que seja feita uma comparação específica entre denosumabe e pamidronato, bisfosfonato injetável, pois, nesse caso, pode existir vantagem em relação aos gastos. Assim, conclui-se que não há evidências científicas suficientes para incorporação do denosumabe na lista de medicamentos distribuídos pelo estado de São Paulo.

**Palavras-chave:** Denosumabe; Osteoporose; Avaliação de Tecnologias em Saúde.

### Abstract

This mini Health Technology Assessment was carried out to answer a demand of the Health Secretary of Sao Paulo State to analyze the effectiveness of denosumab, a drug used to treat osteoporosis and was not incorporated by the SUS, but it is currently distributed through lawsuits or administrative requests. This drug was compared to bisphosphonates, standard drugs distributed by SUS. Two systematic reviews were identified that met the inclusion criteria. In the data analysis it was revealed that there were significant differences between the two drugs and that only in some cases denosumab maybe preferred if there is any restriction on bisphosphonates. It is suggested that a specific comparison between denosumabe and pamidronate could be made, an injectable bisphosphonate, because in this case there could be some advantage over spending. Thus, it is concluded that there is insufficient scientific evidence for incorporation of denosumab in drug list distributed by the state of São Paulo.

**Keywords:** Denosumab; Osteoporosis; Health Techonology Assessment.

<sup>i</sup> Clarice Lopes Araújo (clarice\_513@hotmail.com) é psicóloga, pós-graduada em Avaliação de Tecnologias de Saúde pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – Participou de todo o processo de elaboração do parecer.

<sup>ii</sup> Larissa Munari Paulino (la.munari@hotmail.com) é nutricionista, pós-graduada em Avaliação de Tecnologias de Saúde pelo Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto de Saúde – Participou de todo o processo de elaboração do parecer.

<sup>iii</sup> Mabel Fernandes Figueiró (mfigueiro@hcor.com.br) é bibliotecária do Hospital do Coração – Participou da etapa de busca nas bases de dados de literatura científica.

<sup>iv</sup> Sonia Isoyama Venancio (soniav@isaude.sp.gov.br) é médica, doutora em Saúde Pública, pesquisadora, líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e assistente técnico de direção do Instituto de Saúde – Coordenou e orientou o trabalho.

## Introdução

**D**efinida pela baixa massa óssea e pela deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade do osso e, conseqüentemente, ao incremento do risco de fraturas, a osteoporose é uma doença silenciosa, predominante em mulheres, principalmente após a menopausa<sup>14,19,20</sup>.

Estima-se que cerca de 50% das mulheres e 20% dos homens com idade igual ou superior a 50 anos sofrerão uma fratura osteoporótica ao longo da vida. A dificuldade e o alto custo do tratamento para o sistema de saúde tornam pertinente o desenvolvimento de métodos capazes de identificar o grupo de maior risco para que sejam implantadas medidas preventivas de fraturas osteoporóticas<sup>14</sup>.

A prevenção e o tratamento da osteoporose são feitos por meio de medicamentos e outras ações não medicamentosas, como exercício físico, prevenção de quedas, redução ou interrupção do uso de cigarro e álcool. Além disso, é necessário que os níveis de cálcio e vitamina D estejam dentro do padrão necessário, pois estão diretamente relacionados com a formação e manutenção de massa óssea<sup>14</sup>.

No nosso país, o tratamento medicamentoso padrão, segundo o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, é feito através dos bisfosfonatos, que são análogos sintéticos do pirofosfato, que se ligam à hidroxiapatita encontrada no osso<sup>4</sup>. Os mais utilizados são alendronato de sódio, risedronato de sódio e o pamidronato, sendo esses medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>14</sup>.

O denosumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano para o tratamento da osteoporose, da perda óssea induzida por tratamento, metástases ósseas, mieloma múltiplo e tumor de células gigantes de osso. Ele se destina a inibir a RANKL

(ligante RANK), uma proteína que atua como o sinal principal para a remoção de osso<sup>8</sup>. Em junho de 2010, foi aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) para o uso em mulheres pós-menopáusicas com risco de osteoporose sob o nome comercial Prolia, e em novembro de 2010, como Xgeva, também indicado para pacientes com metástases ósseas de tumores sólidos<sup>8</sup>. No Brasil, o denosumabe possui o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e é comercializado pela empresa GlaxoSmithKline Brasil Ltda.<sup>1</sup>, mas não faz parte da lista de medicamentos distribuídos pelo SUS<sup>6,11,16</sup>.

Atualmente, existem pacientes que recebem esse fármaco através de solicitações judiciais ou administrativas à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP). Segundo os dados do relatório de demandas cadastradas da Comissão de Farmacologia da SES-SP, de 2010 a 2014 essas demandas totalizaram 347 pacientes, sendo a maioria na faixa etária dos 60 a 70 anos ou mais, e 96% mulheres. O gasto total no ano de 2014 foi de R\$ 81.167,62, sendo R\$ 43.277,02 de demandas administrativas e 37.890,60 de demandas judiciais<sup>17</sup>.

Considerando as duas classes de medicamentos citados para o tratamento da osteoporose disponíveis no Brasil, comparou-se a posologia e o custo semestral dos tratamentos por paciente. Os diferentes tipos de bisfosfonatos apresentam doses e administrações diferentes, enquanto o denosumabe é administrado a cada seis meses, por via subcutânea, com 60 mg<sup>3,4</sup>.

Os preços dos medicamentos para o tratamento da osteoporose variam bastante, o que implica custos de tratamentos semestrais diferentes. Os dados demonstram grande variação nos preços dos bisfosfonatos, sendo que somente o pamidronato, único bisfosfonato de uso subcutâneo, tem valores mais altos que o denosumabe, os demais apresentam, na maior parte, valores inferiores ao

denosumabe<sup>3,4</sup>.

Alguns estudos citam que, pelo fato de o denosumabe ser administrado por via subcutânea, ele teve melhor aceitação dos pacientes e, por isso, poderia ser um novo tratamento eficaz para a osteoporose, mas, devido ao seu elevado custo, não poderia substituir completamente os bisfosfonatos para o tratamento de osteoporose em mulheres na pós-menopausa<sup>12,21</sup>.

O objetivo deste Parecer Técnico Científico (PTC) foi analisar a evidência científica disponível sobre eficácia e segurança da utilização do desonumabe para o tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa, com o intuito de auxiliar a tomada de decisão sobre a incorporação ou não desse medicamento na lista de medicamentos distribuídos pela SES-SP.

### **Método**

O parecer foi realizado seguindo as recomendações das Diretrizes para elaboração de Pareceres Técnico-Científicos do Ministério da Saúde<sup>13</sup>. Todo o processo de elaboração do parecer foi realizado por duas aprimorandas do Programa de Aprimoramento Profissional em Avaliação de Tecnologias de Saúde, sob supervisão de uma pesquisadora do Grupo de Pesquisa em Gestão e Avaliação de Tecnologias do Instituto de Saúde.

Foi elaborada uma pergunta de investigação por meio do acrônimo PICO: O desonumabe é seguro e eficaz no tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa em comparação com o bisfosfonatos? O bisfosfonato foi escolhido como comparador, pois é o tratamento padrão utilizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed, LILACS, *The Cochrane Library*, Embase e *Center for Reviews and Dissemination* (CRD), utilizando-se combinação dos termos MeSH “Os-

teoporosis, Postmenopausal” e “denosumab”. Para busca na base Lilacs foram utilizados os termos “osteoporose pós-menopausa” e “denosumabe”, nos idiomas português, inglês e espanhol. A estratégia de busca limitou-se a revisões sistemáticas publicadas em português, inglês e espanhol, até outubro de 2014. A busca foi realizada pelas aprimorandas em conjunto com uma bibliotecária.

A seleção de artigos e todo o processo metodológico foi realizado pelas duas aprimorandas individualmente e as divergências foram resolvidas pela pesquisadora. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos e resumos e, em um segundo momento, a leitura dos artigos completos. Os critérios de exclusão foram: artigos repetidos, aqueles que não eram revisão sistemática, que não atendiam ao PICO definido, revisões publicadas antes de 2010 e com AMSTAR igual ou inferior a 3. Os artigos foram avaliados com relação à qualidade e rigor metodológico por meio do instrumento AMSTAR<sup>18</sup>.

### **Resultados e discussão**

O processo de busca nas bases de dados de literatura científica identificou 90 artigos, dos quais 83 foram excluídos pelos seguintes motivos: 27 repetidos, 21 não eram revisão sistemática, 13 eram avaliação econômica, 11 estavam fora do limite de ano de publicação, 9 não atendiam o PICO, um em alemão e um em chinês.

Foram avaliadas 7 revisões sistemáticas pelo instrumento AMSTAR, 5 desses estudos eram de qualidade baixa e por isso foram excluídos. As 2 revisões sistemáticas incluídas, Lin et al.<sup>12</sup> e Zhou et al.<sup>21</sup>, apresentaram AMSTAR de qualidade alta e moderada, respectivamente.

Esses estudos apontaram resultados controversos: Lin et al.<sup>12</sup> alega que o alendronato foi mais eficaz em reduzir os riscos de fraturas e que o denosumabe foi mais eficaz no aumento da massa

óssea. Porém, o estudo de Zhou et al.<sup>21</sup> chegou a resultados contrários: o denosumabe demonstrou diferenças na redução de fraturas vertebrais, mas em relação ao aumento de massa óssea não houve diferença estatisticamente significativa; além disso, indicou que o denosumabe apresenta alguns eventos adversos quando comparado ao placebo e não demonstra diferença entre o tratamento com os bisfosfonatos. Os estudos analisados mostraram que os bisfosfonatos são o tratamento padrão para a osteoporose em mulheres na pós-menopausa e que ainda é questionável a segurança e eficácia do denosumabe.

O denosumabe foi aprovado no sistema de saúde de outros países, dentre eles os Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália. O ano de aprovação do denosumabe nestes países foi 2010, já no Brasil ele foi aprovado pela ANVISA em 2012. Os estudos realizados para essas aprovações foram variáveis em relação ao tamanho da amostra, tempo de duração do estudo e idade média dos pacientes. A indicação do denosumabe pelos departamentos de saúde desses países foi basicamente o mesmo, tratamento mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, que são suscetíveis a fraturas, que sejam intolerantes a outras terapias disponíveis ou como outra opção de tratamento. De modo geral, o resultado desses estudos apontou que o denosumabe reduziu a incidência de fraturas vertebrais e não vertebrais e tiveram uma pequena redução da incidência de novas fraturas, quando comparado ao placebo<sup>5,7,8,9</sup>.

O estudo feito por Jönsson et al.<sup>10</sup>, na Suécia, fez uma análise de custo efetividade comparando o uso de denosumabe a outras intervenções no tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa. A partir dos dados foi possível perceber que todos os medicamentos se mostraram eficazes, quando comparados a placebo. Das quatro drogas estudadas o denosumabe apresentou o maior cus-

to (425,00 euros), seguido pelo renelato de estrôncio, risedronato e alendronato genérico (415,00; 338,00 e 20,00 euros, respectivamente). A relação custo efetividade foi alta quando comparado ao alendronato, pois a diferença entre os custos é grande, mas em relação à eficácia há pouca diferença. Quando o denosumabe foi comparado aos outros dois medicamentos, a relação custo efetividade foi baixa, já que existe pouca diferença entre custos e eficácia.

Mesmo com o maior custo, o denosumabe permaneceu dentro dos limites financeiros para intervenções de saúde na Suécia. Portanto, os autores afirmam que ele seria uma boa opção nos casos de pacientes com risco de descontinuidade do tratamento, pois sua administração é mais fácil<sup>10</sup>.

No Reino Unido, foi feita uma avaliação para a incorporação do denosumabe baseada na avaliação econômica feita pelo fabricante, que usou como comparadores primários o renelato de estrôncio, o raloxifene e o não tratamento. E como comparadores secundários o zolendronato, o ibandronato e o teriparatide. Os resultados do fabricante foram favoráveis ao denosumabe (50% de chance de ser considerado custo-efetivo em relação aos comparadores primários, e 60% de chance em relação aos comparadores secundários, e 70% se utilizado em mulheres com fraturas anteriores). O estudo foi feito com mulheres de 70 anos com osteoporose, sem fraturas anteriores, considerando um limiar de 30.000 libras por QALY (quality-adjusted life years)<sup>15</sup>.

Apesar desses resultados, o grupo de revisão da evidência (EGR) do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), que fez uma avaliação do estudo, levantou algumas questões que precisam ser observadas, como a escolha de comparadores primários, que deveriam ter sido o zolendronato (bisfosfonato de administração subcutânea, como o denosumabe) e o teriparatide, que foram

utilizados apenas como comparadores secundários. Além disso, os custos para o tratamento com o denosumabe foram estimados, não foram utilizados os valores reais da aplicação do remédio, do acompanhamento do paciente e por essas e outras razões não houve concordância com a avaliação<sup>15</sup>.

A conclusão do ERG é que esse estudo não comprova o custo-efetividade do denosumabe e por isso foi estabelecido, pelo NICE, que o denosumabe é indicado somente para o tratamento primário da osteoporose, em mulheres na pós-menopausa com alto risco de fratura, que não consigam seguir as instruções de uso ou tenham intolerância aos bisfosfonatos orais e/ou que tenham a combinação do T-score, idade e número independente de fatores clínicos de risco de fraturas, segundo os limiares

estabelecidos por eles<sup>15</sup>.

É preciso observar com cautela esses resultados, pois são estudos feitos em outros países com populações e situações diferentes do Brasil. A partir do Quadro 1 pode-se perceber a grande variação entre os preços dos medicamentos (os três oferecidos pelo SUS e o denosumabe). Os dados indicam que os medicamentos já incorporados têm preços diversificados e, dependendo da comparação feita, o denosumabe pode ser mais caro ou mais barato. Em relação aos bisfosfonatos de uso oral, é possível encontrar valores bem inferiores ao denosumabe, mas o menor preço do pamidronato (bisfosfonato de uso subcutâneo) é maior que o preço do denosumabe quando comprado pelo governo e quase o dobro quando comercializado em farmácias<sup>3,4</sup>.

**Quadro 1** – Custos semestrais dos diferentes tratamentos para a osteoporose no Brasil

Medicamento	Alendronato de sódio	Pamidronato dissódico	Risedronato sódico	Denosumabe*
Posologia	70 mg	30, 60 e 90 mg	35/150 mg	60 mg
Administração	Oral, 1 vez por semana	Subcutânea, 1 vez a cada 3 meses	Oral, 1 vez por semana/mês	Subcutânea, 1 vez a cada 6 meses
Menor PF	R\$ 203,82	R\$ 1.124,42	R\$ 183,62	R\$ 562,1
Maior PF	R\$ 483,18	R\$ 3.943,79	R\$ 605,64	R\$ 562,1
Média PF	R\$ 390,56	R\$ 1.353,57	R\$ 500,324	R\$ 562,1
Menor PMVG	R\$ 159,12	R\$ 877,94	R\$ 143,38	R\$ 562,1
Maior PMVG	R\$ 377,28	R\$ 3.943,79	R\$ 472,92	R\$ 562,1
Média PMVG	R\$ 304,95	R\$ 1.056,87	R\$ 390,664	R\$ 562,1
Menor PMC	R\$ 281,76	R\$ 1.371,24	R\$ 253,82	R\$ 777,03
Maior PMC	R\$ 667,92	R\$ 4.809,5	R\$ 837,12	R\$ 777,03
Média PMC	R\$ 535,42	R\$ 1.650,69	R\$ 691,41	R\$ 777,03

**PF** – preço de fábrica; **PMVG** – preço máximo de venda ao governo; **PMC** – preço máximo ao consumidor.

\* O denosumabe é fabricado somente por uma empresa e, portanto, os valores são únicos.

**Fonte:** Portal da Anvisa (Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, outubro de 2014).

No Reino Unido, o NICE<sup>15</sup> indica o denosumabe como tratamento alternativo para pessoas que não possam utilizar os bisfosfonatos orais, assim como outros países, como citado anteriormente. No Brasil, o pamidronato dissódico, um bisfosfonato de uso intravenoso é, de acordo com o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde<sup>14</sup>, o medicamento indicado nesses casos. No entanto, o custo do pamidronato é 35% maior que o do denosumabe quando comprado pelo governo<sup>3,4</sup>.



## RECOMENDAÇÃO

Segundo os estudos analisados não há diferenças em relação à eficácia do denosumabe e os bisfosfonatos. Sugere-se a necessidade de realizar estudos que comparem a eficácia do denosumabe em relação ao pamidronato, por ser uma opção mais barata, utilizada a cada seis meses e que traz menos desconforto para o paciente.

Conclui-se pela falta de evidências científicas que fundamentem o uso do denosumabe no tratamento da osteoporose em mulheres na pós-menopausa como primeira opção. Alguns estudos sugerem que o denosumabe poderia ser utilizado em casos de intolerância aos bisfosfonatos.

## Agradecimentos:

Ricardo Paranhos Pires Moreira – farmacêutico da CCTIES – forneceu informações sobre dispensa do denosumabe por meio de ações judiciais e administrativas.

Tiago da Veiga Pereira – farmacêutico, coordenador da Unidade de Avaliação de Tecnologias em Saúde do Hospital Alemão Osvaldo Cruz – pela contribuição em aspectos metodológicos do parecer.

Valéria de Vilhena Lombardi – bibliotecária da Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP – pelo apoio no acesso aos estudos na íntegra.

Tereza Toma – médica, diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP do Instituto de Saúde – que esteve sempre presente nos apoiando e incentivando neste último ano.

Natália Rodrigues – que foi a porta voz de todos os aprimorandos de 2014.

**Fontes de financiamento:** O estudo foi realizado com recursos próprios do Instituto de Saúde.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse que possam ter influenciado na realização do parecer.

## Referências

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Bulário eletrônico. Brasília (DF) [acesso em 5 nov. 2014]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9081892013&pld-Anexo=1842562](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9081892013&pld-Anexo=1842562)
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Preços máximos de medicamentos por princípio ativo, para compras públicas, preço de fábrica (PF) e preço máximo ao consumidor (PMC). Brasília (DF); 2014. [acesso em 5 nov. 2014]. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0764e30045e7354795dbb57ffa9843d8/LISTA+CONFORMIDADE\\_2014-10-20.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/0764e30045e7354795dbb57ffa9843d8/LISTA+CONFORMIDADE_2014-10-20.pdf?MOD=AJPERES)
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Preços máximos de medicamentos por princípio ativo, para compras públicas, preço de fábrica (PF) e preço máximo de venda ao governo (PMVG). Brasília (DF); 2014. [acesso em 5 nov. 2014]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/>

- wcm/connect/5a21b78045e735a695f1b57ffa9843d8/LISTA\_CONFORMIDADE\_GOV\_2014-10-20.pdf?MOD=AJPERES
4. Alendronato de sódio. Goiás: Laboratório Teuto Brasileiro, 2013. Bula de remédio. [acesso em 13 out. 2014]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1718712014&pIdAnexo=1979030](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=1718712014&pIdAnexo=1979030)
  5. Australian Government Department of Health and Ageing (AGDHA). Denosumab (Prolia) for postmenopausal osteoporosis. *Medicine Update*, 3 nov. 2014. [acesso em 5 nov. 2014]. Disponível em: [http://www.nps.org.au/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/114227/Medicine\\_Update\\_denosumab.pdf](http://www.nps.org.au/___data/assets/pdf_file/0017/114227/Medicine_Update_denosumab.pdf)
  6. Bolland MJ, Grey AB, Gamble GD, Reid IR. Effect of osteoporosis treatment on mortality: a meta-analysis. *J. Clin. Endocrinol Metb.* 2009 dez.; 95(3):1174-1181. [acesso em 21 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20080842>
  7. European Medicines Agency. Prolia-desonumab. London; 2014. [acesso em 26 out. 2014]. Disponível em: [http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001120/human\\_med\\_001324.jsp&mid=WC0b01ac058001d124](http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001120/human_med_001324.jsp&mid=WC0b01ac058001d124)
  8. Food and Drug Administration (FDA). Approves new injectable osteoporosis treatment for postmenopausal women. Estados Unidos: FDA; 2010. [acesso em 26 out. 2014]. Disponível em: <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm214150.htm>
  9. Health Canada. Summary Basis of Decision-PROLIA. 2011. [acesso em 26 out. 2014]. Disponível em: [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt\\_formats/pdf/prodpharma/sbd-smd/phase1-decision/drugmed/sbd\\_smd\\_2011\\_prolia\\_121139-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/prodpharma/sbd-smd/phase1-decision/drugmed/sbd_smd_2011_prolia_121139-eng.pdf)
  10. Jonsson ONB, Strom O, Eisman JA, Papaioannou A, Siris ES, Tosteson A et al. Cost-effectiveness of denosumab for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos int.* 2011; 22(3):967-82. [acesso em 14 nov. 2014]. Disponível em: [http://www.esceo.org/publications/economics/Jonsson\\_demab\\_ce\\_OI\\_2010.pdf](http://www.esceo.org/publications/economics/Jonsson_demab_ce_OI_2010.pdf)
  11. Keyserling C, Hopkins R, Anastasilakis A, Toulis K, Goeree R, Tarride JE et al. Clinical efficacy and safety of denosumab in postmenopausal women with low bone mineral density and osteoporosis: a meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2011; 41:178-168. [acesso em 12 out. 2014]. Disponível em: [http://http://www.semearthritisrheumatism.com/article/S0049-0172\(11\)00087-4/pdf](http://http://www.semearthritisrheumatism.com/article/S0049-0172(11)00087-4/pdf)
  12. Lin T, Wang C, Cai XZ, Zhao X, Shi MM, Ying ZM et al. Comparison of clinical efficacy and safety between denosumab and alendronate in postmenopausal women with osteoporosis: a meta-analysis. *Inter Jour of Clin Pract.* 2012; 66(4):399-408. [acesso em 15 out. 2014]. Disponível em: <http://online-library.wiley.com/doi/10.1111/j.17421241.2011.02806.x/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+on+the+18th+October+from+10%3A00+BS-T+%2805%3A00+EDT%29+for+essential+maintenance+for+approximately+two+hours+as+we+make+upgrades+to+improve+our+services+to+you>
  13. Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de pareceres técnico-científicos. Brasília (DF); 2011. [acesso em 24 nov. 2014]. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf)
  14. Ministério da Saúde. Portaria de 451, de 9 de junho de 2014. Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da osteoporose. *Diário Oficial da União.* 2014 jun.; 109, Seção 1. [acesso em 17 out. 2014]. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/10/>
  15. National Institute for Health and Care Excellence. Denosumab for the prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. Reino Unido: NICE; 2010. [acesso em 12 de nov. 2014]. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/guidance/ta204/chapter/3-the-manufacturers-submission>
  16. Prolya. Rio de Janeiro: GlaxoSmithKline Brasil; 2014. Bula de remédio. [acesso em out. 2014]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9081892013&pIdAnexo=1842562](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=9081892013&pIdAnexo=1842562)
  17. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo – Comissão de Farmacologia. Relatório de demandas Cadastrais. São Paulo; 2014. (Sistema SCODES)
  18. Sharif MO, Sharif FNJ, Ali H, Ahmed F. Systematic Reviews Explained: AMSTAR – How to tell the good from the bad and the ugly. *Oral Health Dent Manag.* 2013; 12(1):9-16. [acesso em 20 nov. 2014]: Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23474576>
  19. World Health Organization. Assessment of fracture risk and application to screening for postmenopausal osteoporosis. Washington: WHO; 1994. (Technical Report Series, 894) [acesso em 18 nov. 2014]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01622200#page-1>
  20. World Health Organization. Scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. Summary meeting report. Belgium: WHO; 2004. [acesso em 18 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/topics/Osteoporosis.pdf>
  21. Zhou Z, Chien C, Zhang J, Ji X, Liu L, Zhang G et al. Safety of denosumab in postmenopausal women with osteoporosis or low bone mineral density: a meta-analysis. *Inter Jour of Clin and Exper Pathol.* 2014; 7(5):2113-2122. [acesso em 15 out. 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4069896/pdf/ijcep0007-2113.pdf>

## Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do Texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do Texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas *ad hoc*, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

## Orientação aos autores - Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaaios e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

### Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

### Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.
- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

