

**TERMO DE REFERÊNCIA  
DECIT/SCTIE/MS**

**Elaboração de síntese de evidências para políticas de saúde: Desenvolvimento na Primeira Infância**

**Instituição Proponente: Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

**Responsável: Sonia Isoyama Venancio**

**São Paulo  
Outubro/2014**

## SUMÁRIO

1. Identificação do Projeto.....	1
2. Antecedentes.....	1
3. Justificativa.....	2
4. Objetivo.....	2
4.1. Objetivo Geral.....	3
4.2. Objetivos Específicos.....	4
5. Metodologia.....	5
6. Metas.....	6
7. Atividades.....	7
8. Indicadores.....	8
9. Resultados Esperados.....	9
10. Prazo e Cronograma de Execução.....	10
11. Orçamento.....	11
Referências Bibliográficas.....	12
ANEXOS.....	13

### 3. Identificação do Projeto

<b>Título do Projeto</b>	<b>Elaboração de síntese de evidências para políticas de saúde: Desenvolvimento na Primeira Infância</b>
<b>Instituição proponente/beneficiária</b>	Fundo Especial de Despesa - Instituto de Saúde – SES-SP
<b>Responsável legal pela instituição beneficiária</b>	Bianca de Matos <a href="mailto:bianca@isaude.sp.gov.br">bianca@isaude.sp.gov.br</a> 11-31168500

<b>Instituição Executora</b>	Instituto de Saúde – SES
<b>Responsável legal</b>	Luiza Sterman Heimann <a href="mailto:dirgeral@isaude.sp.gov.br">dirgeral@isaude.sp.gov.br</a> 11-3116-8504
<b>Responsável técnico</b>	Sonia Ioyama Venancio <a href="mailto:soniav@isaude.sp.gov.br">soniav@isaude.sp.gov.br</a> 11-3116-8503

#### 4. Antecedentes

O Instituto de Saúde, ao longo dos seus 45 anos de história, constituiu-se em uma das mais sólidas instituições nas áreas de Saúde Coletiva, responsável por produzir conhecimento científico e tecnológico voltado ao desenvolvimento de políticas públicas; prestar assessoria a diferentes instâncias de gestão e serviços de saúde e colaborar na formação de recursos humanos, em consonância com os princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Oferece diversas modalidades de formação: Programa de Estágios para graduandos na área da Saúde, em parceria com a Coordenadoria de Recursos Humanos da

SES-SP; 2 Programas de Aprimoramento Profissional, em Saúde Coletiva e em Avaliação de Tecnologias em Saúde, voltados a profissionais recém-formados que buscam inserção qualificada no SUS; Programa CurSUS, por meio do qual são oferecidos cursos de curta duração, de aperfeiçoamento profissional para trabalhadores do SUS e Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Atende 25 alunos de graduação para realização de estágios nos Núcleos de pesquisa, 20 aprimorandos e 15 alunos de pós-graduação *stricto sensu*. Em seu quadro de funcionários conta com 98 servidores técnico-administrativos. O quadro técnico é composto por 23 pesquisadores efetivos, vinculados à carreira de Pesquisador Científico do Estado de São Paulo e 21 profissionais de saúde que desenvolvem atividades de pesquisa, totalizando 27 doutores, 13 mestres e 4 especialistas.

Dentro do escopo dos Objetivos Estratégicos Institucionais o Instituto de Saúde vem desenvolvendo e apoiando iniciativas dos seus grupos de pesquisa para a melhoria da formação de seus quadros e da sua produção científica e tecnológica. Nesse sentido, como forma de alavancar o desenvolvimento tem propiciado a participação de seus pesquisadores em programas de pós graduação *strictu sensu* (mestrado, doutorado e pós-doutorado), congressos técnico-científicos e diferentes modalidades de curso.

Nos últimos anos, o Instituto de Saúde vem recebendo importante apoio de diferentes agências de fomento à pesquisa (FAPESP e CNPq), do Ministério da Saúde e tem estabelecido parcerias em diferentes linhas de atuação, conforme descrito abaixo:

- 1) Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS-SP)
- 2) Auxílio regular FAPESP
- 3) Organização Panamericana de Saúde/Decit
- 4) REBRATS – Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Decit/MS.

5) Fundação Bill & Melinda Gates

6) Fundação Maria Cecília Souto Vidigal

7) Universidade Virtual do Estado de São Paulo – UNIVESP

Vale destacar a recente parceria com a Rede EVIPnet – Decit/M, a instituição de um Núcleo de Evidências no Instituto de Saúde e a realização de uma oficina em agosto de 2014. O propósito desse projeto, entre outros, é alavancar o desenvolvimento desse Núcleo, por meio da realização de uma oficina, da elaboração de uma síntese de evidências e um diálogo deliberativo, como se descreverá a seguir.

## 5. Justificativa (600 palavras)

O investimento na Primeira Infância e mais especificamente nos primeiros três anos de vida, incluindo a gestação, vem adquirindo enorme importância em quase todos os países e programas de governo.

Os primeiros anos de vida da criança são essenciais para seu desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural. A maior parte do desenvolvimento cerebral ocorre dentro dos primeiros 1.000 dias de vida (durante o período fetal e da primeira infância). É nesta etapa que os circuitos neurais do cérebro são formados e fortalecidos através do estímulo e das relações de vínculo. Uma grande adversidade

no início da vida pode produzir perturbações fisiológicas nos circuitos em desenvolvimento, que persistem na vida adulta.

Avanços na neurociência nos mostram que a arquitetura básica do cérebro é construída através de um processo contínuo que começa antes do nascimento e continua até a vida adulta. Durante os primeiros anos de vida ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro, cerca de 700 novas conexões neurais são formadas a cada segundo. As primeiras experiências afetam a qualidade da arquitetura do cérebro ao estabelecerem uma base robusta ou frágil para todo o aprendizado, saúde e comportamento que vem em seguida. O cérebro é mais flexível ou “plástico” no começo da vida para acomodar uma ampla gama de ambientes e interações. A plasticidade inicial significa que é mais fácil e mais efetivo influenciar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro de um bebê do que refazer parte de seus circuitos na vida adulta. A saúde física e emocional, as habilidades sociais e 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. A ciência nos mostra que o estresse crônico na primeira infância, causado pela pobreza extrema, abusos repetidos e depressão materna severa, podem ser tóxicos para o desenvolvimento do cérebro, aumentando os riscos de distúrbios mentais e doenças crônicas na vida adulta<sup>1</sup>.

Estima-se que mais de 200 milhões de crianças nos países em desenvolvimento não conseguem atingir o seu potencial de desenvolvimento<sup>2</sup>. Algumas evidências sobre as repercussões do atraso do desenvolvimento ao longo prazo já foram descritas. Por exemplo, uma criança de dois anos de idade com atraso no crescimento apresenta um risco maior de deficiências cognitivas e educacionais, traduzindo-se em menos tempo na escola e menor aprendizado por ano escolar. Estima-se que as deficiências cognitivas e educacionais acumuladas por crianças com atraso no crescimento resultem em uma perda de 22% na renda anual na idade adulta<sup>2</sup>.

Uma criança sem acesso a um cuidador sensível e atencioso apresenta um

risco maior de ativação permanente das respostas do cérebro ao estresse, o que pode prejudicar os circuitos neurais responsáveis pela aprendizagem e pela memória e levar a uma maior suscetibilidade a doenças relacionadas ao estresse, que afetam tanto a saúde física quanto mental<sup>3,4</sup>.

Assim, desde a gravidez e ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com adultos e cuidadores têm impacto significativo em seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Um amplo espectro de políticas – como aquelas voltadas a programas precoces de cuidados e educação, cuidados primários de saúde, serviços de proteção à criança, saúde mental de adultos e apoio à economia familiar, entre muitos outros – pode promover ambientes seguros e que garantam o apoio e os relacionamentos estáveis e afetuosos de que as crianças precisam<sup>5</sup>.

O investimento na Primeira Infância vem sendo apontado como a melhor maneira de reduzir as desigualdades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis. Relatório da Academia Britânica de Ciências Sociais e Humanas, publicado em 2014, aponta que entre nove ações propostas para reduzir iniquidades em saúde, a segunda ação consiste em intervenções voltadas à primeira infância<sup>6</sup>.

No Brasil programas voltados à Primeira Infância são ainda incipientes, sendo crescente o interesse pela definição de estratégias e modelos que possam ser aplicados em larga escala. O estado do Rio Grande do Sul foi pioneiro nesse sentido, com a implantação em 2003 do Programa Primeira Infância Melhor (PIM), inspirado na metodologia do Projeto cubano “Educa a tu Hijo” do Centro de Referencia Latinoamerica para La Educación Preescolar (CELEP), de quem recebeu apoio para seu desenvolvimento. O projeto tem o objetivo de 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<sup>7</sup>.

Mais recentemente, no ano de 2012, o governo federal lançou o Programa

Brasil Carinhoso, concebido em uma perspectiva de atenção integral às crianças de zero a seis anos e que também articula reforço de políticas ligadas à saúde e à educação. Na área da Educação a Ação Brasil Carinhoso dá estímulos financeiros aos municípios e ao Distrito Federal com o objetivo de incentivar o aumento da quantidade de vagas para as crianças de 0 a 48 meses (especialmente as beneficiárias do Bolsa Família) nas creches públicas ou conveniadas com o poder público. Já na saúde as ações foram focadas na expansão dos programas de suplementação de vitamina A e Ferro e distribuição de medicamentos para o tratamento da asma, porém não incluiu ações a proposição de ações sistemáticas voltadas à promoção do desenvolvimento infantil<sup>8</sup>. Programas voltados à Primeira Infância, cujos modelos estão sendo avaliados pelo Ministério da Saúde, também foram recentemente implantados em duas capitais (Fortaleza e São Paulo).

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, lançou em 2013 o Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância e tem a proposta de implantar a Linha de Cuidado das Crianças de 0-3 anos de idade com ênfase nos aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil<sup>9</sup>.

Sendo assim, a elaboração de uma síntese de evidências sobre estratégias voltadas ao desenvolvimento na primeira infância poderá subsidiar o governo federal e governos locais na formulação de políticas informadas por evidências científicas nessa área. Este projeto contará, em seu desenvolvimento, com a parceria da Coordenaria de Regiões de Saúde da SES-SP e Área Técnica de Saúde da Criança, instâncias responsáveis pela implementação do Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância.

## 6. Objetivo

Elaborar uma síntese de evidências para subsidiar a formulação e implantação de



políticas voltadas ao desenvolvimento na Primeira Infância.

## 6.2. Objetivos Específicos (300 palavras)

- Descrever a magnitude e causas da baixa priorização da agenda do desenvolvimento infantil no Brasil
- Identificar ações e estratégias voltadas ao desenvolvimento da Primeira Infância
- Analisar a efetividade das ações e estratégias identificadas
- Analisar barreiras para a implantação das ações e estratégias e buscar evidências de como superá-las
- Promover um diálogo deliberativo com gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, terceiro setor e sociedade civil
- Elaborar uma síntese de diálogo deliberativo
- Realizar uma oficina de capacitação sobre as ferramentas SUPPORT para gestores da SES-SP e do COSEMS-SP.

## 7. Métodos (700 palavras)

A metodologia adotada para a elaboração da síntese de evidências e da síntese do diálogo deliberativo será baseada na ferramenta SUPPORT (*SUPPORT - SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials*)<sup>10</sup>.

As ferramentas SUPPORT foram desenvolvidas para ajudar os formuladores de pesquisa e aqueles que os apoiam a melhorar um aspecto de seu trabalho ou torná-lo mais eficiente – ou seja, a localização e o uso de evidências de pesquisa para apoiar a formulação de políticas de saúde. As ferramentas também são relevantes para as partes interessadas no sistema de saúde, tais como organizações não-governamentais e grupos da sociedade civil.

A EVIPNet (Rede para Políticas Informadas por Evidências) visa promover

parcerias sustentáveis entre os formuladores de políticas, pesquisadores e a sociedade civil para utilização da melhor evidência científica, contextualizado com a realidade do país, sobre questões de saúde pública e recomenda amplamente a utilização dessa metodologia para apoiar o processo de transferência de conhecimento.

As etapas de desenvolvimento do projeto são descritas a seguir:

#### 1- Definição das prioridades para políticas/programas

A motivação para a elaboração de uma síntese de evidências sobre a promoção do desenvolvimento na Primeira Infância decorre do interesse da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) na formulação e implementação de uma linha de cuidado voltada às crianças de zero a três anos, no contexto de um Programa do governo estadual denominado “São Paulo pela Primeiríssima Infância”. Além disso, verifica-se nos últimos anos o interesse crescente do governo federal e de outros governos estaduais e municipais na implementação de programas voltados à Primeira Infância, a exemplo do que já ocorre em outros países como Cuba, Uruguai e Estados Unidos.

Para o desenvolvimento desse projeto, nessa etapa inicial serão aprofundadas a definição do problema, sua descrição, magnitude e causas, por meio de uma interação com os gestores da SES-SP e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SP). Além disso, serão consultadas diversas fontes de informação, como documentos técnicos e governamentais e sistemas de informação para obtenção de indicadores de saúde e educação relacionados à Primeira Infância.

Para a identificação das causas do problema pretende-se usar marcos de referência, chuva de ideias, revisão de evidência científica relevante e entrevistas com informantes-chaves.

#### 2- Definição das opções para a abordagem política

A definição das opções será feita por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas ou metanálises e identificação de intervenções implantadas em outros países. Esse processo também será descrito e sistematizado de forma transparente.

### 3- Busca das evidências

Serão priorizadas para a análise de evidências as revisões sistemáticas com ou sem metanálise, overviews de revisões sistemáticas e resumos de evidências para políticas (policy briefs). As buscas serão realizadas nas seguintes bases de dados:

Health Systems Evidence: [www.healthsystemsevidence.org](http://www.healthsystemsevidence.org)

•PDQ evidence: <http://www.pdq-evidence.org/>

•Rx for change: <http://www.cadth.ca/en/resources/rx-for-change>

•The Cochrane Library: [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com) or <http://cochrane.bvsalud.org>

•Health Evidence: <http://www.healthevidence.org/>

### 4- Elaboração da Síntese de Evidências

A síntese de evidências buscará descrever: o problema de política, a melhor evidência disponível para definir o tamanho e a natureza do problema, as opções identificadas para enfrentar o problema, o impacto provável de um número de opções chave, considerações sobre as potenciais barreiras para a implementação das opções e as estratégias apropriadas para o enfrentamento.

Assim, a síntese será estruturada nos seguintes tópicos:

#### **Mensagens chave**

–1 página resumindo as mensagens mais importantes (listagem)

#### **Resumo executivo**

–Sinopses do problema, opções de política/programa, e considerações de

implementação

### **Relatório completo**

–O problema

- Como chegou a ser um problema
- Como tem sido caracterizado (descrito)
- O tamanho do problema
- Fatores causais (associados) ao problema

–Opções de política

- Os impactos prováveis
- Considerações de equidade, custos e custo-efetividade
- Necessidade de monitoramento e avaliação

–Considerações de implementação

- Barreiras para a implementação das opções
- Estratégias de implementação

### 5- Diálogo deliberativo

O diálogo deliberativo terá por objetivo geral constituir um espaço de discussão e consideração cuidadosa da síntese de evidências, a fim de contribuir para uma decisão de política de saúde bem informada. O objetivo específico será contribuir para desenvolver e implementar políticas efetivas voltadas à Primeira Infância.

Pretende-se evitar uma seleção arbitrária/tendenciosa e para tal será feito um mapeamento de possíveis grupos de interesse relacionados com o tema da política, que tenham conhecimentos ou experiências relevantes para o tema e que possam representar esses grupos de interesse. Assim, serão envolvidos gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e grupos da sociedade civil, totalizando em torno de 15 participantes.

### 6. Síntese do diálogo deliberativo

Os principais resultados do diálogo deliberativo serão documentos em um relatório.

7. Realização de Oficina de capacitação sobre as ferramentas SUPPORT para gestores da SES-SP e COSEMS-SP.

O objetivo dessa oficina é sensibilizar gestores para a utilização de sínteses de evidências para a tomada de decisão e participação em processos futuros de elaboração de sínteses e diálogos deliberativos.

Serão convidados 20 gestores e a Oficina será oferecida no laboratório de informática do Instituto de Saúde. Pretende-se convidar multiplicadores da EVIPnet para apoiar a equipe do Instituto de Saúde na realização da oficina.

## 8. Metas

- Envolver gestores da SES-SP e COSEMS para definição do problema a ser solucionado, com detalhamento de sua magnitude e causas
- Identificar entre 3-4 ações/estratégias voltadas ao desenvolvimento da Primeira Infância implementadas no Brasil e em outros países
- Sistematizar análise de evidências sobre a efetividade das ações/estratégias
- Sistematizar evidências sobre as barreiras para a implantação das ações e estratégias e como superá-las
- Constituir um grupo com cerca de 15 participantes, envolvendo gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, terceiro setor e sociedade civil para um diálogo deliberativo
- Sistematizar os resultados do diálogo deliberativo

## 9. Atividades

<b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>
Atividade 1 (Reunião com gestores da SES-SP e COSEMS-SP para apresentação do projeto e aprofundamento sobre a definição do problema, sua magnitude e causas)
Atividade 2 (Consulta a documentos e bases de dados para cumprimento da etapa de definição do problema)
Atividade 3 (Elaboração de relatório parcial sobre a definição do problema, sua magnitude e causas)
Atividade 4 (Busca e análise de documentos para descrição de intervenções realizadas no País e em outros países para a resolução do problema)
Atividade 5 (Elaboração de relatório parcial com descrição de 3-4 intervenções identificadas bem como dos critérios para seleção das intervenções)
Atividade 6 (Busca em bases de dados sobre a efetividade das intervenções selecionadas)
Atividade 7 (Análise da qualidade dos estudos sobre efetividade das intervenções)
Atividade 8 (Elaboração de documento da síntese de evidências)
Atividade 9 (Busca em bases de dados sobre barreiras e estratégias de superação de barreiras para a implementação de intervenções)
Atividade 10 (Complementação do documento da síntese de evidências com os dados relativos à atividade 9)
Atividade 11 (Preparativos para o diálogo deliberativo: identificação de atores chave, definição de data e local, convites por escrito e contatos telefônicos, organização da reunião)
Atividade 12 (Realização do Diálogo Deliberativo)
Atividade 13 (Elaboração da síntese do diálogo deliberativo)

Atividade 14 (Realização de uma oficina para capacitação nas ferramentas SUPPORT)

\*Os bolsistas participarão das atividades 10 a 13.

## 10. Resultados Esperados

- Relatório parcial sobre o processo de definição do problema a ser solucionado
- Relatório parcial sobre as ações e estratégias voltadas ao desenvolvimento da Primeira Infância implementadas no Brasil e em outros países
- Síntese de evidências sobre a efetividade das ações e estratégias identificadas, sobre as barreiras para a implantação das ações e estratégias e evidências de como superá-las
- Diálogo deliberativo com gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, terceiro setor e sociedade civil
- Síntese do diálogo deliberativo
- Oficina para capacitação nas ferramentas SUPPORT

## 11. Indicadores

Indicador 1: Reunião com gestores da SES-SP e COSEMS-SP para apresentação do projeto e aprofundamento sobre a definição do problema, sua magnitude e causas realizada (Sim/Não)

Indicador 2: Relatório parcial sobre a definição do problema, sua magnitude e causas realizado (Sim/Não)

Indicador 3: Relatório parcial com descrição de 3-4 intervenções identificadas bem como dos critérios para seleção das intervenções realizado (Sim/Não)

Indicador 4: Documento da síntese de evidências elaborado (Sim/Não)

Indicador 5: Diálogo Deliberativo realizado (Sim/Não)
Indicador 6: Número de participantes do diálogo deliberativo
Indicador 7: Documento síntese do diálogo deliberativo realizado (Sim/Não)
Indicador 8: Oficina para capacitação na ferramenta SUPPORT (Sim/Não)
Indicador 9: Número de gestores envolvidos na oficina para capacitação na ferramenta SUPPORT

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Science of Early Childhood Development and other reports by the National Scientific Council on the Developing Child. Disponível em [http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/](http://developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/)*
2. Grantham-McGregor et al, “Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries”, *Lancet*, 2007 **36**, págs. 60-70.
3. Shonkoff et al. “Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention”, *JAMA*, 2009 **301**, págs. 2252-9.
4. McEwan. “Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators”, *Eur J Pharmacol*, 2008 **583**, págs. 174-85 .
5. Shonkoff, JP. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-5. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/ShonkoffPRTxp.pdf>. Consultado em 10/10/2014.
6. Relatório da Academia Britânica de Ciências Sociais e Humanas, 2014. Disponível em [http://www.britac.ac.uk/policy/Health\\_Inequalities.cfm](http://www.britac.ac.uk/policy/Health_Inequalities.cfm)



Consultado em 10/10/2014.

7. Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul. Primeira Infância Melhor. Disponível em <http://www.pim.saude.rs.gov.br>). Consultado em 10/10/2014.
8. Ministério do Desenvolvimento Social. Brasil Carinhoso. Disponível em <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Consultado em 10/10/2014.
9. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. São Paulo pela Primeiríssima Infância. Disponível em <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/o-que-fazemos/sao-paulo-pela-primeirissima-infancia/Paginas/default.aspx>. Consultado em 10/10/2014.
10. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **Introduction**. Health Research Policy and Systems; 2009, **7**(Suppl 1):I1 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-I1 . Disponível em <http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf>. Consultado em 10/10/2014.