

A Experiência do  
I Curso de Especialização em

# Promoção do Desenvolvimento Infantil

**Concepção, estrutura e  
alguns resultados**

Anna Maria Chiesa  
Organizadora





A experiência do  
I Curso de Especialização em

# **Promoção do Desenvolvimento Infantil**

Concepção, estrutura e  
alguns resultados





A experiência do  
I Curso de Especialização em

# Promoção do Desenvolvimento Infantil

Concepção, estrutura e  
alguns resultados

**Anna Maria Chiesa**

Organizadora

São Paulo  
2013

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

**Produção gráfica e diagramação**

EvySimon | Foto & Arte

**Capa**

EvySimon | Foto & Arte  
Cristiane A. de Andrade

**Fotos**

Carina Zaratin

**Revisão**

Ana Lúcia Sesso de Cerqueira César

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

A experiência do I Curso de especialização em promoção do desenvolvimento infantil: concepção, estrutura e alguns resultados / Organizadora Anna Maria Chiesa. – São Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal : Fundação Faculdade de Medicina, 2013. 224 p.

ISBN: 978-85-89734-11-0 (Versão online)

1. Desenvolvimento infantil 2. Curso de especialização

I. Chiesa, Anna Maria, org.

CDD 18.ed. 155.4

**AGNS Gráfica e Editora**

Rua Ribeirão Branco, 202 Alto da Mooca

São Paulo-SP Cep 03188-050

Tel: (11) 2966-0322

www.agns.com.br



**Reitor da Universidade de São Paulo**

Prof. Dr. João Grandino Rodas

**Vice-Reitor da Universidade de São Paulo**

Prof. Dr. Hélio Nogueira da Cruz



**Pró-Reitor de Cultura e Extensão Universitária**

Profa. Dra. Maria Arminda do Nascimento Arruda

**Pró-Reitor Adjunto de Cultura e Extensão Universitária**

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres



**Diretora**

Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

**Vice-Diretora**

Profa. Dra. Miriam Aparecida Barbosa Merighi

**Presidente da Comissão de Cultura e Extensão**

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

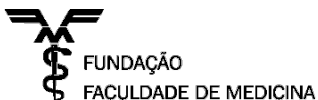
**Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão**

Profa. Dra. Anna Maria Chiesa



**Diretor Presidente**

Eduardo de C. Queiroz



**Diretor Geral**

Prof. Dr. Flavio Fava de Moraes

**Vice-Diretor Geral**

Prof. Dr. Yassuhiko Okay





## **Prefácio**

É com muita satisfação que a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) lança essa publicação em parceria com a Escola de Enfermagem da USP e a Fundação Faculdade de Medicina. Para uma Fundação cuja missão é gerar e disseminar conhecimento para o desenvolvimento integral da criança, esta publicação é mais uma concretização de sua missão.

Desde 2009 a FMCSV apoia municípios paulistas na realização de políticas e programas que qualifiquem o atendimento às gestantes e crianças pequenas. O I Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil foi uma das estratégias que conferiram qualidade às ações desenvolvidas no campo, já que muitos representantes desses municípios se dedicaram e se esforçaram para estabelecer a ponte entre o conteúdo existente na academia e a realidade de suas atividades.

As monografias resultaram de um processo intenso de aproveitamento do conhecimento científico para a implantação de práticas promotoras do desenvolvimento infantil saudável. Mostram como os desafios encontrados na realidade podem enriquecer a construção do conhecimento. Foi importantíssimo trazer a realidade ‘da ponta’, da educação, saúde e desenvolvimento social, para o aprofundamento do trabalho acadêmico.

A FMCSV acredita que esta publicação pode ser valiosa para todos os profissionais que trabalham com a Primeira Infância, dentro das mais diversas áreas, e que estejam ávidos por aprimorar suas práticas porque apresenta intervenções que podem ser implantadas nos serviços dentro da realidade dos municípios brasileiros.

A FMCSV só tem a agradecer o empenho de todos os alunos, professores e coordenadores do curso. Parabéns!

**Eduardo de C. Queiroz**

Diretor Presidente

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal



## **Apresentação**

Este livro visa relatar uma experiência inovadora de formação em nível de especialização desenvolvida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e com apoio da Fundação Faculdade de Medicina da USP.

A primeira inovação que vale ser destacada diz respeito à perspectiva ampliada do desenvolvimento infantil, com caráter integral e integrado das práticas como foco de um curso de especialização. Tradicionalmente, a especialização tem sido uma formação que visa recortar temáticas mais específicas e já consagradas. No caso da experiência em pauta, a perspectiva que embasou a proposta pedagógica voltou-se para instrumentalizar os profissionais de diversas áreas de conhecimento a conhecer as evidências científicas que valorizam a Primeira Infância e a sistematizar projetos de intervenção de caráter intersetorial. Diferenciou-se por abarcar uma temática ampliada e emergente.

Caracterizou-se, portanto, como um processo de instrumentalização de profissionais de diferentes setores para otimizar ações numa área que, muito embora tenha sido apresentada há várias décadas como importante e necessária para o capital humano, vem sendo historicamente negligenciada no âmbito das políticas públicas.

Partiu-se do reconhecimento de que a temática do desenvolvimento infantil tem se configurado essencialmente multiprofissional na dimensão prática e transdisciplinar do ponto de vista teórico, indicando a necessidade de uma formação diferenciada dos vários profissionais que atuam com famílias que contam com gestantes e crianças menores de três anos de idade. As políticas públicas, sobretudo dos setores de saúde, educação e assistência social, são sensíveis para esses desafios, mas as práticas ainda são fragmentadas e dissociadas no contato com a população e acabam por dispersar recursos e não alcançar resultados efetivos.

O curso foi esboçado no escopo de superar essa lacuna de profissionais qualificados para melhorar as práticas oferecidas pelos diferentes setores às famílias com gestantes e crianças menores de três anos, contando com uma estrutura teórico-prática articulada e convergente com questões relevantes da realidade.

O segundo aspecto inovador diz respeito à parceria instituída para realização do curso, que contou com a universidade pública, uma fundação do terceiro setor como patrocinadora e outra fundação do terceiro setor ligada à universidade como interveniente na execução financeira. Esse caráter também merece destaque, dado que, ao invés de o curso se configurar como um momento de formação de interesse individual, em que o aluno arca com os custos de sua formação a presente experiência representou um esforço de investimento social para a formação de profissionais qualificados. A grande maioria dos alunos que participou do curso foi indicada pelos representantes de seus municípios e as despesas com deslocamento e hospedagem foram assumidas pelos próprios municípios, os quais já contavam com uma parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal visando à melhoria das práticas relacionadas à Primeira Infância.

A presente publicação tem a finalidade de apresentar a estrutura e conteúdo do curso num capítulo introdutório e outros seis capítulos com algumas das monografias de conclusão que resultaram desse processo pedagógico. A escolha das monografias que foram incluídas nesta publicação atendeu aos critérios de região e diversidade de área de atuação, pela impossibilidade de incluir todas as 36.

Trata-se de um esforço de sistematizar uma experiência exitosa no âmbito da extensão universitária, buscando-se com isso fortalecer esse importante pilar que confere à universidade um diferencial pela possibilidade de articulação mais imediata com os diversos segmentos da sociedade. As atividades de extensão possibilitam uma capilaridade junto à sociedade tanto para captar demandas sociais de forma dinâmica e comprometida como para devolver à sociedade que a mantém produtos decorrentes do conhecimento produzido capazes de ajudar a superar problemas relativos às iniquidades sociais.

A Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP define as atividades de extensão universitária como “credencial de excelência, porque somente universidades com história e altos índices de qualidade no âmbito da pesquisa e do ensino podem repassar à comunidade externa, em forma de serviços ou ensinamentos, o conhecimento acumulado em todas as áreas”. O maior desafio da Universidade de São Paulo é o de estimular as unidades a realizarem projetos que operacionalizam essa dimensão complexa de sustentação dos demais pilares, sobretudo pelo fato de contar com campos do conhecimento tão distintos.

Cabe ressaltar ainda que o presente curso representou um esforço de articulação e cooperação no interior da universidade, pois a coordenação ficou a cargo de docentes de dois Departamentos da EEUSP, a realização envolveu 15 docentes da USP de cinco diferentes unidades, 13 docentes e especialistas convidados de outras instituições e a colaboração permanente de duas monitoras muito dedicadas. Sem essa contribuição não teria sido possível a concretização do projeto. A execução dessa experiência pioneira na USP também reforça a necessidade de sistematização e divulgação.

Há previsão de novos cursos seguindo o mesmo desenho pedagógico e já houve a procura de duas universidades públicas em estabelecer parceria com a EEUSP para reprodução da experiência. Espera-se que a presente publicação subsidie outras universidades a sistematizarem experiências semelhantes, buscando parcerias para seu desenvolvimento.

**Anna Maria Chiesa**

Coordenadora do Curso

**Maria De La Ó Ramallo Veríssimo**

Vice-Coordenadora do Curso





Alunos e docentes do I Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil.  
EEUSP, São Paulo, 14/09/2012.  
Foto: Carina Zaratini.



Cerimônia de Encerramento do I Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil.  
EEUSP, São Paulo, 14/09/2012.  
Foto: Carina Zaratini.





# Sumário

Estrutura e Conteúdo do Curso	17
Apresentação dos docentes orientadores	27
Lista dos autores e títulos das monografias	31
Capítulo 1	35
<b>A IMPORTÂNCIA DA AFETIVIDADE NA FORMAÇÃO DA CRIANÇA DESDE A GESTAÇÃO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE</b>	
Alessandra Zumstein Tonoli Arruda Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)	
Capítulo 2	59
<b>ORGANIZANDO A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS NO TERRITÓRIO DO CRAS – VALE DO REDENTOR NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO – SP</b>	
Carina Maria Catalani Ademir Alves da Silva (orientador)	
Capítulo 3	99
<b>ALEITAMENTO MATERNO: CAPACITAÇÃO EM ACONSELHAMENTO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE</b>	
Claudia Rodrigues Carmona Slavez Elizabeth Fujimori (orientadora) Claudia Nery Teixeira Palombo (co-orientadora)	

Capítulo 4 137

**UM ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DO  
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
(UBS) DA ZONA SUL DE SÃO PAULO**

Letícia Monteiro Kitamura

Lislaine Aparecida Fracoli (orientadora)

Capítulo 5 155

**APRIMORANDO CONCEITOS E PRÁTICAS DE CUIDADO EM  
CRECHE FILANTRÓPICA DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP**

Marília De Paula

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)

Capítulo 6 185

**PROTOCOLO ÚNICO E REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL À PRIMEIRA  
INFÂNCIA**

Taiza Silva Pereira Costa

Ademir Alves da Silva (orientador)

## **Estrutura e Conteúdo do Curso**

### **Antecedentes que levaram à proposição do curso**

Há muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida que já foram amplamente estudados e outros tantos que ainda não estão totalmente esclarecidos. Ainda assim, à medida que os estudos progredem, tem sido cada vez mais confirmada a importância desse período para o ser humano.

O cuidado inicial é decisivo e tem impacto duradouro sobre o desenvolvimento e a capacidade de aprender e de lidar com as emoções. Nesse sentido é fundamental que os pais sejam esclarecidos, valorizando os cuidados de nutrição, vacinação e outros de ordem biológica, mas enfatizando a importância dos cuidados com o desenvolvimento psicossocial, que estará na dependência das relações que estabelecerão com seus filhos. O acolhimento afetivo, o estabelecimento de regras, a lida com a frustração irão pouco a pouco favorecendo a aquisição de autonomia e preparando a criança para uma adequada convivência social.

Ao mesmo tempo em que enfatizamos que cabe às famílias a responsabilidade primeira pelo atendimento das necessidades da criança, provendo-lhe oportunidades de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo, é também de fundamental importância destacar a necessidade da existência de redes sociais que possam orientá-las e apoiá-las nessas funções.

Aos profissionais da saúde, educação e assistência social, como elementos dessa rede, cabe ajudar as famílias a compreender o processo e as necessidades de desenvolvimento infantil, pensar alternativas para o atendimento da criança, além de realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil e encaminhar crianças com problemas para a atenção apropriada.

É imperioso transformar a prática desses profissionais, a fim de superarem uma visão mecânica e automatizada da realidade, sobretudo no tocante aos papéis de maternidade/paternidade, como se estes se desenvolvessem “naturalmente” nos indivíduos, ligados a reações instintivas, negligenciando a importância de observar e intervir na construção de vínculos afetivos e competências do cuidado diferenciado.

As ações voltadas para a melhoria das práticas de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância têm integrado as prioridades para formulação de políticas públicas, ressaltando-se a necessidade de ampliar os investimentos sociais, tanto públicos como privados, para assegurar os benefícios durante a primeira infância.

A complexidade da promoção do desenvolvimento infantil (DI) reside na interface das dimensões física, emocional e social das diferentes constituições familiares que se apresentam na realidade. Caracteriza-se, portanto, pela interdisciplinaridade e demanda uma ação conjunta dos diferentes setores que têm oportunidades e potenciais complementares para atuar com as famílias, apoiando-as na ampliação de suas competências para o cuidado.

A temática do desenvolvimento infantil tem se mostrado relevante, inclusive, no âmbito do terceiro setor. Especificamente, destaca-se a atuação da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal ([www.fmcsv.org.br](http://www.fmcsv.org.br)), que criou o Programa de Desenvolvimento Infantil em 2006, atualmente Primeiríssima Infância. A Fundação tem como visão: “Desenvolver a criança para desenvolver a sociedade” e como missão: “Gerar e disseminar conhecimento para o desenvolvimento integral da criança”.

Uma das ações da FMCSV foi o estabelecimento de parcerias com seis municípios (Itupeva, Penápolis, São Carlos, São José do Rio Pardo, Votuporanga e Botucatu), visando melhorar a qualidade dos serviços públicos que atendem gestantes e crianças menores de três anos. A partir de 2011 a experiência também incluiu a região de Cidade Ademar do município de São Paulo. O Programa Primeiríssima Infância têm como foco recuperar a ênfase dos aspectos emocionais relacionados ao desenvolvimento infantil, a instrumentalização de profissionais para ampliarem sua prática, de modo a incorporar tais conceitos, a defesa pelas ações de promoção da saúde e o fortalecimento das famílias.

Para tanto, a FMCSV elaborou um conjunto de intervenções-chave entendidas como tecnologias a serem incorporadas pelos serviços de saúde, de educação e de assistência social, como oportunidades prioritárias para inclusão dos conceitos de DI e para viabilizar a transformação desses conceitos em práticas. ([www.fmcsv.org.br/Pt-br/acervodigital/desenvolvimentoda\\_primeirainfancia/](http://www.fmcsv.org.br/Pt-br/acervodigital/desenvolvimentoda_primeirainfancia/))

Um diferencial da proposta de capacitação dessas intervenções-chave é que, dado o caráter complexo das intervenções propostas, foram planejados momentos de capacitação inicial, reuniões de supervisão para apoiar os

profissionais envolvidos e reprodução das capacitações pelos próprios profissionais, junto aos seus pares, no município. Um dos pilares do Programa Primeiríssima Infância é o incentivo para que os municípios transformem o apoio inicial da FMCSV em Política Municipal de fortalecimento do desenvolvimento infantil.

O Curso de Especialização em Promoção do Desenvolvimento Infantil foi concebido como uma formação complementar a esse processo de aprimoramento das habilidades dos profissionais, tendo como objetivos:

- ❖ formar profissionais que trabalham com desenvolvimento infantil com adensamento teórico e qualificação das práticas a partir das realidades vivenciadas;
- ❖ instrumentalizar os profissionais para planejar, implantar, gerenciar, avaliar e disseminar conhecimentos e práticas em DI;
- ❖ apoiar a divulgação do conhecimento produzido no processo de formação por meio das monografias de conclusão do curso.

A proposição do curso nasceu da parceria entre a FMCSV e a EEUSP, cujos alunos foram profissionais de diferentes áreas de atuação indicados pelos municípios e região parceiros da FMCSV.

A seguir serão apresentados a ementa, estrutura pedagógica e conteúdos desenvolvidos no decorrer do curso.

## **EMENTA GERAL DO CURSO**

Há muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida, os quais já foram amplamente estudados e cujos resultados confirmam a importância para o ser humano do período anterior aos três anos de idade. Embora o cérebro humano tenha capacidade notável de transformação, o período da concepção até os três anos é crítico para o desenvolvimento integral do ser humano, durante o qual tipos específicos de aprendizado são realizados de forma mais satisfatória. É quando o cérebro demanda certo estímulo para criar ou estabilizar algumas estruturas duradouras e, na presença de experiências negativas ou ausência de estimulação, podem ocorrer efeitos danosos e duradouros. Mesmo nos países nos quais já se alcançaram condições sociais para que a mortalidade infantil seja mantida baixa, há uma grande preocupação em garantir condi-

ções adequadas para que os potenciais de saúde das crianças não sejam prejudicados.

Dessa forma, a temática do desenvolvimento infantil tem se configurado complexa e abrangente, de caráter essencialmente multiprofissional na sua dimensão prática e transdisciplinar do ponto de vista teórico, indicando a necessidade de uma formação diferenciada dos vários profissionais que atuam com famílias que tenham gestantes e crianças de até três anos de idade. As políticas públicas, sobretudo dos setores de saúde, educação e assistência social, são sensíveis para esse desafio, mas as práticas ainda são fragmentadas e dissociadas no contato com a população e acabam por dispersar recursos e não alcançar resultados efetivos.

É no escopo de superar essa lacuna de profissionais qualificados, sobretudo para a gestão de políticas locais centradas no fortalecimento do desenvolvimento infantil, que o presente curso de especialização se insere. Para tal, buscou-se elaborar uma estrutura teórico-prática articulada e convergente com questões da realidade, resgatando-se as experiências em curso dos alunos.

## **FOCO**

Formar gestores de políticas de desenvolvimento infantil, com embasamento teórico e fundamentação metodológica, para atuarem junto aos desafios da intersectorialidade e mobilização social para o desenvolvimento de programas locais.

## **ESTRUTURA DO CURSO**

- ❖ Público: Foram oferecidas 40 vagas para profissionais das áreas afins ao desenvolvimento infantil (gestores e técnicos da saúde, educação assistência social, direito) e das universidades que integram os Projetos de Intervenção Local de Desenvolvimento Infantil da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. A totalidade de vagas foi preenchida e no decorrer do processo houve quatro desistências, por motivos diversos.
- ❖ Carga horária: 420 horas desenvolvidas em 12 meses. Os alunos tiveram 360 horas desenvolvidas em conjuntos de módulos de 15 horas cada, alguns presenciais e outros com meios eletrônicos, com periodicida-

de quinzenal, às sextas e sábados, e 60 horas destinadas à realização da monografia de conclusão do curso, sob orientação de professor.

## **CONTEÚDOS E DETALHAMENTO DA PROPOSTA**

### **MÓDULO 1: Desenvolvimento infantil e responsabilidade social**

Ementa: O desenvolvimento infantil, além dos aspectos da herança genética, depende de situações de cuidado desde a concepção. As experiências infantis devem permitir às crianças ter confiança nelas mesmas, sentir-se aceitas, ouvidas, cuidadas e amadas, de modo a lhes oferecer segurança para sua formação pessoal e social, para o desenvolvimento de sua identidade e conquista da autonomia. Destaca-se o papel das famílias na promoção desse cuidado sem, no entanto, restringir essa responsabilidade exclusivamente a essa instância. Um aspecto inovador de promoção do desenvolvimento infantil deve ancorar-se na defesa da garantia do direito ao desenvolvimento das potencialidades das famílias e das crianças. O principal foco da intervenção remete à construção de uma Inteligência Transdisciplinar estimuladora de uma Agenda Intersectorial por meio da construção e fortalecimento de redes de apoio e seguimento do desenvolvimento infantil, explicitando a responsabilidade do poder público na construção da rede de apoio às famílias para a garantia desse direito.

### **MÓDULO 2: Diagnósticos locais**

Ementa: Promover a saúde, no seu sentido mais amplo, significa promover a vida, o que se traduz em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias dirigido a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para enfrentarem os determinantes pessoais, sociais, ambientais e econômicos e melhorarem a qualidade da vida.

Essa referência de promoção da saúde se coloca na perspectiva de que a produção social da saúde se faz coletivamente, com base em pressupostos metodológicos participativos, nos quais as experiências dos participantes são insumos necessários para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e sentimentos positivos perante a saúde, a participação, a promoção da saú-

de e o empoderamento de sujeitos. Os processos de empoderamento permitem às coletividades a possibilidade de refletir e atuar sobre sua própria realidade, descobrindo estratégias e instrumentos adequados para a sua transformação.

Além disso, esse módulo propõe-se a abordar a temática do diagnóstico local, identificando-se a mudança das relações de poder que geram iniquidades. Pretende-se que os participantes sejam facilitadores de processos de reflexão-ação e transformação sobre as realidades locais cada vez mais complexas, incorporando ao campo da saúde a discussão quanto aos desafios necessários para atingir a melhoria da qualidade de vida.

### **MÓDULO 3: Intersetorialidade e promoção do desenvolvimento infantil**

Ementa: O patrimônio da família indica um conjunto de recursos do qual as pessoas podem dispor para garantir, a si mesmas e a seus membros, maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, moradia, habilidades pessoais e relacionais – tais como relacionamentos de vizinhança, de amizade, familiares, comunitários e institucionais. Estruturar uma intervenção a partir do “patrimônio” da família e da comunidade significa considerar as potencialidades e os nexos que, na vida dessas pessoas e dessas comunidades, se estabelecem como realidades historicamente construídas.

Compreender um trabalho a partir do patrimônio implica em abertura para uma realidade mais ampla, que transcende a dificuldade em si e que não se restringe à aplicação de soluções previamente concebidas. Tal compreensão permite o incremento gradativo do patrimônio da pessoa em situação de pobreza. Em outras palavras, a ação nasce do que existe, e não do que falta, e esse é o princípio que estimula a participação da família nesse processo.

Um dos patrimônios mais importantes da família é sua rede social, a qual participa da construção da identidade de cada um de seus membros, com hábitos, costumes, crenças e valores que conferem à pessoa determinadas características. Da rede social, a pessoa e a família recebem sustentação emocional, ajuda material, serviços e informações, tornando possível o desenvolvimento de relações sociais.

Enfim, a rede social da família integra seu patrimônio e se compõe de relacionamentos entre pessoas – parentes, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho –, além de instituições públicas e organizações da sociedade civil.



#### **MÓDULO 4: Metodologia científica**

Ementa: O presente módulo visa instrumentalizar os alunos a realizarem buscas bibliográficas nas temáticas relevantes de desenvolvimento infantil nos seus contextos municipais, utilizando bases de dados pertinentes e ferramentas que auxiliem na sistematização. Outro aspecto a ser contemplado no módulo diz respeito à instrumentalização dos alunos para elaborar projetos de pesquisa que possam subsidiar a elaboração das monografias de conclusão do curso de especialização.

#### **MÓDULO 5: Comunicação social e promoção do desenvolvimento infantil**

Ementa: A reflexão crítica sobre a construção social da infância e seus direitos é um ponto de partida fundamental para compreender as resistências e barreiras culturais que influenciam na implementação de novas abordagens estruturadoras do cuidado infantil. Os processos de comunicação estabelecidos entre profissionais e famílias também precisam ser analisados criticamente, sobretudo para superar uma comunicação prescritiva. A inclusão dessa temática se coloca também para instrumentalizar os profissionais que atuam em políticas públicas de desenvolvimento infantil a ocuparem melhor os espaços da mídia para divulgação de novos conceitos e serviços relativos ao tema.

#### **MÓDULO 6: Intervenções-chave para promoção do desenvolvimento infantil em âmbito municipal**

Ementa: Ao nascimento, o bebê é um ser vulnerável e, por isso, dependente de cuidados permanentes. Seu organismo é complexo e apresenta diversas mudanças em pouco tempo, o que requer dos cuidadores a competência de interpretação de suas necessidades físicas (fome, sono, desconforto) e emocionais (medo, curiosidades), releitura constante de suas necessidades e valorização de suas aquisições, dado que o desenvolvimento humano não segue um padrão fixo. O conhecimento sobre o cuidado do bebê veio sendo construído ao longo da história e passado de geração para geração, constituindo-se em um patrimônio cultural. Porém, existe um conhecimento que é novo e não está disseminado na cultura. Foram descobertas as competências do bebê humano que o colocam desde a concepção como ser da cultura. Isso significa que os processos de aquisição de estruturas que o colocam de forma competente nas áreas cognitivas, afetivas e de relações soci-

ais iniciam muito cedo e são determinadas quase exclusivamente pela experiência vivida. Descobriu-se na atualidade que o importante para as competências cognitivas, afetivas e sociais será a estruturação da rede sináptica, que é aberta, não programada pela genética e determinada pelo que vai sendo marcado, registrado na memória. A partir do nascimento, para o acompanhamento da criança como um todo, é importante promover e avaliar o seu desenvolvimento, não só pondero-estatural, mas principalmente no sentido de verificar o seu crescimento na área afetiva, cognitiva e social. Para tanto, os pais e/ou cuidadores devem ser capazes de perceber, o mais precocemente possível, as alterações, mesmo que pequenas, no crescimento e desenvolvimento da criança. A competência para o cuidado pode ser desenvolvida por todo ser humano, independentemente de sua escolaridade, renda, gênero ou geração. A questão central no desenvolvimento desse cuidado competente é a abertura para a formação do vínculo afetivo, e por isso deve ter início desde a gestação.

Por isso, elegemos enfatizar as intervenções-chave incluindo: ampliação da clínica do pré-natal, humanização do parto, ampliação da clínica no puerpério e puericultura, formação de cuidadores em creches sobre desenvolvimento infantil, criação de espaços lúdicos comunitários e formação de grupos de reflexão com famílias grávidas e com crianças até três anos de idade.

Tais intervenções-chave visam ocupar as brechas dos serviços já existentes na saúde, educação e assistência social para construir uma ação articulada em prol do desenvolvimento infantil.

## **MÓDULO 7: Gestão de projetos em desenvolvimento infantil**

Ementa: A temática do desenvolvimento infantil tem se configurado complexa e abrangente, com caráter essencialmente multiprofissional na sua dimensão prática e transdisciplinar do ponto de vista teórico, indicando a necessidade de uma formação diferenciada dos vários profissionais que atuam com famílias que contam com gestantes e crianças de até três anos de idade. As políticas públicas, sobretudo dos setores de saúde, educação e assistência social, são sensíveis para esse desafio, mas as práticas ainda são fragmentadas e dissociadas no contato com a população e acabam por dispersar recursos e não alcançar resultados efetivos. É no escopo de superar essa lacuna de profissionais qualificados, sobretudo para a gestão de políticas locais centradas no fortalecimento do desenvolvimento infantil, que o presente módulo pretende desenvolver os conteúdos descritos a seguir.

**MÓDULO 8: Evidências em promoção do desenvolvimento infantil**

Ementa: O presente módulo visa subsidiar um processo de reflexão crítica sobre a literatura existente relativa ao desenvolvimento infantil, identificando-se as evidências e os tipos de estudos que as originaram para orientar novas investigações com potencial para abarcar áreas interdisciplinares e pesquisas quanti-qualitativas.

**MÓDULO 9: Seminários de atualização nos temas das monografias**

Os seminários destinam-se a proporcionar encontros entre os alunos com temáticas semelhantes e os orientadores para aprofundar aspectos conceituais ou metodológicos das monografias.

**OPERACIONALIZAÇÃO**

O Curso contou com a assessoria das monitoras Camila Macedo de Lacerda e Valéria Olmos, responsáveis pelo apoio administrativo e operacional.



## **Apresentação dos docentes orientadores**

### **Ademir Alves da Silva**

Possui graduação em Serviço Social, mestrado e doutorado em Serviço Social e Políticas Sociais, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É assistente-doutor da PUCSP, onde exerce a docência nos cursos de Serviço Social e de Relações Internacionais, sendo também membro do Comitê Científico da Faculdade de Ciências Sociais e representante docente junto ao Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade.

### **Ana Luiza Vilela Borges**

Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e tem realizado pesquisas nas áreas de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase em contracepção.

### **Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek**

Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, licenciatura plena em Enfermagem pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, atuando principalmente nos seguintes temas: qualificação de enfermagem em aids, educação em enfermagem, assistência de enfermagem em doenças transmissíveis e imunização.

### **Anna Maria Chiesa**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, doutorado e livre docência em Enfermagem em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo. Professora associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Realizou estágio Pós-Doc junto à Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, King's College London. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase na promoção da saúde, desenvolvimento infantil, saúde da família, saúde da criança e educação em saúde. Consultora técnica da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

### **Cecília Helena de Siqueira Sigaud**

Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Saúde Pública, área de Saúde Materno-Infantil, pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde da Criança, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado de saúde à criança em creche/pré-escola, educação em saúde para crianças, uso do brinquedo no cuidado infantil, ensino e pesquisa na graduação em Enfermagem.

**Cláudia Maria Bógus**

Possui graduação em Pedagogia pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, especialização em Saúde Pública, mestrado e doutorado em Saúde Pública e livre docência em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Participou do programa de Formação em Saúde Internacional da Organização Pan-Americana de Saúde em WDC (EUA) em 2001. É docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desde 2004 e credenciada como orientadora de mestrado e doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desde 2005. Atua na área de saúde coletiva e saúde pública com ênfase em promoção da saúde, educação em saúde, participação social em saúde e políticas públicas em saúde.

**Elizabeth Fujimori**

Possui graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, mestrado em Saúde Pública – área de concentração Nutrição e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É livre docente pela Escola de Enfermagem da USP. Desde 1999 é professora associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Tem experiência na área de Nutrição, Enfermagem e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: análise nutricional de população, aleitamento materno, alimentação da criança, deficiências nutricionais, anemia gestacional, nutrição e condições de vida.

**Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo, mestrado em Bioética – Universidad de Chile, mestrado e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, livre docência pela Universidade de São Paulo; pós-doutorado em Bioética pela Universidade Complutense de Madri. Atualmente é docente associada da Universidade de São Paulo, professora visitante do programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, membro da diretoria da International Association of Bioethics e assessora da Rede Latino Americana de Bioética da Unesco. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: bioética, ética, saúde coletiva, pesquisa biomédica – legislação, saúde pública, ética institucional e ética em pesquisa.

**Lislaine Aparecida Fracoli**

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de São Carlos, mestrado em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Realizou pós-doutorado na University of Toronto – Canadá. Atualmente é livre docente da Universidade de São Paulo, exercendo suas atividades vinculada ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, atuando nos seguintes temas: saúde coletiva, trabalho de enfermagem, ensino na área da saúde da família, gerência de serviços de saúde e promoção da saúde.

**Lucia Yasuko Izumi Nichiata**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, especialização em licenciatura em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é livre docente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Desenvolve atividades de extensão no âmbito de parcerias firmadas com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Integra o diretório de pesquisa do CNPq “Vulnerabilidade, adesão e necessidades em saúde”.

**Márcia Onófre**

Possui graduação em Pedagogia, mestrado e doutorado em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). É professora do departamento de Teorias e Práticas Pedagógicas da Universidade Federal de São Carlos e professora do curso de Pedagogia a Distância da Universidade Aberta do Brasil (UAB/UFSCar). É coordenadora do Pibid Pedagogia EaD/UFSCar, pesquisadora da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho e da Universidade Federal de São Carlos. Tem experiência na área de Didática, atuando principalmente nos seguintes temas: formação inicial, desenvolvimento profissional docente, relação professor-aluno, ensino fundamental I, educação a distância.

**Maria Ângela Maricondi**

Possui graduação em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, mestrado em Ciências pela Escola de Enfermagem da USP, consultora do Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (Projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família/AMQ) e do Unicef (Programa Família Brasileira Fortalecida).

**Maria Luiza Gonzalez Riesco**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Universidade de São Paulo. Atualmente é pesquisadora associada do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs e professora associada da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem obstétrica, parto, ensino.

**Maria De La Ó Ramallo Veríssimo**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, mestrado em Enfermagem Pediátrica e doutorado em Enfermagem, ambos pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora doutora da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde da criança, cuidado de enfermagem, atenção integrada às doenças prevalentes da infância (Aidpi) e ensino de graduação em enfermagem.

**Marie Claire Sekkel**

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestrado e doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pelo

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Escolar, atuando principalmente nos seguintes temas: educação infantil, formação de professores, educação inclusiva, inclusão escolar e preconceito.

### **Mônica Appezzato Pinazza**

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas/SP, mestrado e doutorado em Educação pela Universidade de São Paulo. Professora doutora do Departamento de Metodologia do Ensino e Educação Comparada da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. Atua como docente e pesquisadora na área de Educação, particularmente em Didática/Formação de professores, focalizando em seus trabalhos os seguintes temas: teorias de ensino, práticas pedagógicas, formação de profissionais de educação infantil, culturas docentes e institucionais e práticas de supervisão em contextos.

### **Rose Mara Gozzi**

Possui graduação em Psicologia pela Faculdade Campos Sales, mestrado em Ciências da Informação pela Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Pedagogia na formação de professores, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão escolar, alfabetização, educação infantil, trabalho em equipe, artes visuais e ética: um ambiente sociomoral.

### **Rogério Lerner**

Possui graduação em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, mestrado e doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do IPUSP. Concluiu o pós-doutorado pela Universidade Pierre et Marie Curie – Paris 6. Atualmente é livre docente em Psicologia, professor associado do IPUSP e fellow do College of Research Training Programme University College London/International Psychoanalytical Association. Sua atuação se dá na área de Psicologia do Desenvolvimento e constituição psíquica.

### **Sayuri Tanaka Maeda**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, graduação em Ciências Econômicas pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestrado em Administração de Serviços de Enfermagem pela Universidade de São Paulo, doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Atualmente é professora doutora da Universidade de São Paulo, atuando principalmente nos seguintes temas: Serviços de saúde, integralidade, Referência – contrarreferência.

### **Simone Rennó Junqueira**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade de São Paulo, mestre em Deontologia e Odontologia Legal pela Faculdade de Odontologia da USP e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora doutora do Departamento de Odontologia Social da FOUUSP. Tem experiência na área de Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde bucal coletiva, epidemiologia, políticas públicas, ações coletivas e fluoretação.



## **Lista dos autores e títulos das monografias**

### **Adriana Belletti Lopes**

Apresentação dos instrumentos Ecomapa e Genograma a uma equipe de Estratégia Saúde da Família no Município de Penápolis – SP

### **Alessandra Zumstein Tonoli Arruda**

A importância da afetividade na formação da criança desde a gestação até os três anos de idade

### **Alexandre Gil de Melo**

A intersetorialidade na gestão pública de Penápolis e a garantia dos direitos na primeira infância

### **Aline Aparecida de Melo Alves**

O CRAS Parque das Hortências e a proteção social à Primeira Infância

### **Ana Vera Maschietto Simões Braghiroli**

Brinquedos e Brincadeira na Primeira Infância: o papel do pedagogo na saúde

### **Andréa Rogê Ferreira Marcucci**

Promoção da Saúde Bucal na Primeira Infância

### **Carina Maria Catalani**

Organizando a Rede de Proteção social Básica para o atendimento integral às crianças de zero a 6 anos no território do CRAS Vale do Redentor no município de São José do Rio Pardo – SP

### **Clarice Fukumi Kobayashi Shihonmatsu**

A importância de capacitações para a qualificação da rede municipal

### **Cláudia Rodrigues Carmona Slavez**

Aleitamento materno: capacitação em aconselhamento para Agentes Comunitários de Saúde

### **Daniela Costa Reis**

A importância da prevenção de distúrbios fonoaudiólogos na primeira infância: uma abordagem a partir da Atenção Básica

### **Denise Cabrera Cezare**

A valorização do trabalho pedagógico realizado no Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) “Dionísio da Silva”

**Janaina Fogliarine Bueno da Silva**

Vacinação neonatal: relato de experiência da Santa Casa de Misericórdia – Hospital São Vicente de São José do Rio Pardo

**Janaina Sanga Iost Teodoro**

Protocolo para a implantação de Grupos de Puericultura em uma Unidade de saúde da Família do município de São Carlos, SP: uma proposta

**Juliana André Nunes**

Programas de Desenvolvimento Infantil com foco na visita domiciliária

**Leonila de Aguiar Torrezan**

Planejamento Pedagógico: desafios e possibilidades

**Letícia Monteiro Kitamura**

Um estudo sobre a avaliação pediátrica do desenvolvimento infantil em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Zona Sul de São Paulo

**Lindiamara Talita Soares**

Revitalização dos Grupos de Gestantes: a educação em saúde que faz a diferença

**Luzia Aparecida Zirundi Figueira**

Ações do Desenvolvimento Infantil para o Desenvolvimento Humano

**Márcia Feros Gallego**

A pluralidade cultural como ferramenta de trabalho

**Maria Aparecida de Fatima Manzini**

Programa Primeira Infância Responsabilidade de Todos: da proposta do texto à efetivação prática em um Centro Municipal de Educação Infantil

**Maria Conceição Olímpio de Almeida**

Brincar para ser feliz: um relato de experiência com base em uma intervenção sobre o brincar, com pais e crianças

**Maria do Carmo Cadei de Souza**

Ampliando o Apoio Social para Mães Adolescentes: proposta de intervenção

**Maria Inês de Oliveira Peters**

Consiliência: tecendo fios para a Rede de Promoção do Desenvolvimento Infantil Integral

**Marilia de Paula**

Aprimorando conceitos e práticas de cuidado em creche filantrópica do município de São Carlos – SP

**Priscila Mugnai Vieira**

Capacitação profissional sobre gravidez na adolescência: ampliando olhares e fortalecendo as práticas profissionais

**Rosiley Berbel: Brincando em Família**

Caracterização de um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos em Penápolis

**Selma Daniela Bonfim Silva: Escola de Pais**

Possibilidades de qualificação para o desenvolvimento da primeira infância numa perspectiva do protocolo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI

**Simone Cristina Cesário**

A importância do trabalho pedagógico para o desenvolvimento de crianças de zero a três anos na perspectiva de profissionais da Educação Infantil

**Simone da Silva Margiotti Borim**

Formação de cuidadores de berçário quanto ao desenvolvimento infantil no CEMEI Prof.<sup>a</sup> Mercedes Fernandes de Lima em Votuporanga

**Taiza Silva Pereira Costa**

Protocolo Único e Rede de Proteção Social à Primeira Infância

**Teresa Cristina Bettelli Piccolo**

Sensibilização de profissionais da Estratégia Saúde da Família para o uso da visita domiciliária no puerpério como instrumento de promoção do desenvolvimento infantil

**Thais Guerche Olgado**

A ética na formação da criança da educação infantil

**Valdirene Aparecida Pavan Kikuchi**

A capacitação para a estimulação precoce: um avanço no serviço de creche

**Vera Lúcia Borghi Nascimento Bruder**

Ensaio sobre a linha de vida mãe-bebê: substrato para a construção do vínculo

**Vera Lúcia Dorigão Guimarães**

Sistematização de Visita Domiciliar no puerpério na Atenção Básica

**Wanessa Gerona**

Projeto Brinquedoteca da Unidade Básica de Saúde Branca Flor





# Capítulo 1

A importância da afetividade  
na formação da criança desde  
a gestação até os três anos  
de idade

Alessandra Zumstein Tonoli Arruda

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)



# Capítulo 1

## **A IMPORTÂNCIA DA AFETIVIDADE NA FORMAÇÃO DA CRIANÇA DESDE A GESTAÇÃO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE**

Alessandra Zumstein Tonoli Arruda

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)

### **1 INTRODUÇÃO**

Hoje em dia uma das grandes preocupações que se tem em Educação é em relação ao campo afetivo e como o relacionamento entre adultos e crianças acontece em meio a tantas interferências que o ambiente realiza.

A vida hoje tem se mostrado bastante tumultuada, pois pai e mãe trabalham fora para garantir melhores condições de vida para a família. Desse modo precisam deixar seus filhos pequenos, desde muito cedo, aos cuidados de terceiros, seja em creches/escolas, seja com cuidadores/babás, e muitas vezes as relações afetivas entre esses sujeitos adultos e a criança não acontece com qualidade suficiente para suprir as necessidades psicológicas de um ser em construção.

É do conhecimento da grande maioria das pessoas quanto é importante que, desde o nascimento até os três anos de idade, a criança seja cuidada e atendida em suas necessidades básicas, principalmente em suas necessidades emocionais/afetivas, pois é nessa fase que a criança formará toda a sua estrutura emocional/afetiva, que garantirá na idade adulta um indivíduo feliz e bem resolvido.

Torna-se importante e imprescindível observar e aprimorar a conduta/prática de como o adulto deve acolher a criança oferecendo o que esta necessita, como: cuidados, estímulos, carinho, colo, atenção, aconchego. Enfim, se doar para a

relação adulto/criança e adulto/adulto e mudar a visão estereotipada de que por ser criança pequena ainda não sabe nada, por isso qualquer coisa lhe basta.

Educadores, por exemplo, trabalharão com diferentes famílias e deverão saber acolhê-las em suas necessidades e carências utilizando a emoção/afetividade para criar vínculos fortes e duradouros. E as famílias, por sua vez, se sentirão fortalecidas em suas práticas para com seus filhos, visto que a creche, por exemplo, é o ambiente em que se compartilharão saberes sobre o desenvolvimento infantil.

Observando esse fenômeno *in loco*, como gestora de creche, esta pesquisadora optou desenvolver um trabalho de pesquisa cujo objetivo principal se pauta em reconhecer cientificamente a importância do afeto durante a primeira infância, de zero aos três anos de idade, e posteriormente desenvolver um projeto de intervenção com auxiliares de desenvolvimento infantil das creches do município de Itupeva e famílias das crianças atendidas por aquelas.

Conforme La Taille (1992, p. 76), Vygotsky explica que o pensamento tem sua origem no campo da motivação, a qual inclui inclinações, necessidades, interesses, impulsos, afeto e emoção.

Logo, é impossível conceber a construção de um ser humano em instituições educacionais como as creches, principalmente, quando se trata de crianças pequenas, sem compreender a importância desse conceito.

## **2 O CAMINHO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PRIMEIRA INFÂNCIA**

É comprovado cientificamente que a importância de se ter uma gravidez planejada interferirá em todo o processo de evolução da criança no decorrer de sua vida, o que faz com que profissionais da saúde e da educação se preocupem com o fato de acolher bem a criança mesmo antes da concepção.

Estudos confirmam que a criança no ventre materno já ouve a voz da própria mãe/pai/familiares e os sons do ambiente externo, sentindo inclusive os carinhos que lhe são feitos, as músicas que são cantadas para ela e as que são colocadas para que ouça.



A partir do momento do nascimento da criança, todo o universo se transforma. Mãe e bebê, que antes eram um só ser, agora não o são mais. Trata-se de dois seres que dependem ainda mais um do outro. Um não sobrevive sem o outro. Um precisa do outro. Há uma interdependência incrível que fará com que exista uma relação cada vez mais afinada e recíproca. Há o que se chama de cuidados e afeto contínuos e incessantes oferecidos para o bebê e para a mãe. Derivada desses cuidados e do afeto oferecidos para eles é que ocorrerá a formação dos vínculos afetivos, vínculos estes tão importantes que farão parte de toda a formação da criança.

Nos primeiros anos de vida de uma criança, em especial desde o nascimento até os três anos de idade, é que se formarão todas as estruturas necessárias ao desenvolvimento desta.

Já existe toda uma estruturação biológica e uma herança genética, mas os estímulos que o meio oferece é que vão determinar quanto a criança irá se desenvolver em cada faixa etária. Os pais e familiares, primeiro grupo ao qual a criança pertence, oferecerão oportunidades únicas e pontuais necessárias para que o crescimento aconteça, pois não basta apenas ter um sistema neurológico em perfeitas condições de funcionamento. Será preciso haver toda uma estimulação adequada para que as estruturas continuem se formando, se complementando e se ampliando.

O bebê ao nascer já está inserido em um mundo em pleno funcionamento, com regras e valores estabelecidos. E é nesse mundo que ele se relacionará com os adultos, os quais que deverão estar predispostos a ouvir e a observar o bebê e pensar nele, para ele e por ele. Assim terão como se apropriar do conhecimento e oferecer condições para que os bebês evoluam e se aprimorem em seu desenvolvimento. O bebê é um ser ativo e inserido na sociedade.

Isso faz com que se pense na criança, no século XXI, tendo um lugar de maior relevância, chegando às práticas diferenciadas, pois o olhar para a infância agora é outro: a criança é um ser único, com características e peculiaridades em cada faixa etária, e não mais um adulto em miniatura.

## 2.1 Como evolui uma criança do nascimento aos três anos de idade

De acordo com Antunes (2005), a mudança física de um bebê é extremamente rápida: uma semana pode representar grandes alterações. Já aos três anos, o ritmo dessas transformações se aquieta um pouco, mas ainda assim a criança não para de crescer e seu cérebro não para de se transformar.

À medida que se desenvolvem os músculos abdominais, os braços e as pernas se alongam, e uma comparação marcada com lápis na parede mostra que o crescimento não para.

Toda mudança física em crianças saudáveis é acompanhada de um desenvolvimento motor amplo (correr, saltar, rolar, subir e descer) e de um desenvolvimento motor fino (copiar, dar nó, abotoar, enfileirar). A simultaneidade dessa alteração deve ser razão para estimular.

O desenvolvimento humano é fascinante, desafiador, dinâmico e, certas vezes, imprevisível. Nesse processo de experiências e de buscas para tentar compreendê-lo, teoria e prática tornaram-se inseparáveis, pois ambas criam condições para que se consiga problematizar e questionar certezas estabelecidas, levantar hipóteses e chegar a constatações. Mas, ao mesmo tempo surgem as dúvidas, nesse caso levando pesquisadores e educadores a caminhar em busca de novas soluções.

Desenvolvimento é todo conjunto de variações que se manifestam em um indivíduo por força de disposições interiores e da ação do ambiente. Também pode ser descrito como série de mudanças ocorridas no organismo como resultado da aprendizagem e das influências ambientais. (Rodrigues, 1976 p. 16)

Davis e Oliveira (1994) complementam que o desenvolvimento é um processo através do qual o indivíduo constrói ativamente, nas relações que estabelece com o ambiente físico e social, suas características. As características humanas não são biologicamente herdadas, mas historicamente formadas. De geração em geração.

Para que a apropriação das características humanas se dê, é preciso que ocorra atividade por parte do sujeito: é necessário que sejam formadas ações e operações motoras e mentais, como, por exemplo, empilhar, puxar, comparar, ordenar. (Davis e Oliveira, 1994, p. 19)

O sujeito deve dominar o uso de um número cada vez maior de objetos e aprender a agir em situações cada vez mais complexas, buscando identificar os significados desses objetos e situações.

A Psicologia do Desenvolvimento avançou em estudos de como nascem e como se desdobram as funções psicológicas que distinguem o homem das outras espécies. Ela estuda a evolução da capacidade perceptual e motora, as funções intelectuais e da afetividade do ser humano. As maiores referências da psicologia do desenvolvimento que abordam o efeito do meio e da afetividade para o desenvolvimento infantil são Henry Wallon e Levy Vigotsky.

## 2.2 A formação de conceitos segundo Vigotsky

Na formação de conceitos a linguagem tem função básica. É através do intercâmbio social promovido por ela, cheio de representatividade lúdica, afetiva, com significados positivos ou negativos, que os seres humanos podem generalizar os objetos. Ao nomear os objetos as estruturas cerebrais estarão classificando-os através de seus atributos relevantes. Uma criança desenvolvendo a sua percepção imediata depende muito do mediador para passar a identificar atributos específicos dos objetos (coisas – sentimentos – emoções – áreas da aprendizagem sistematizada etc.) que ela quer compreender.

Logo, o pensamento verbal, resultado da formação de conceitos, não é inato, mas sim determinado pelo processo histórico-cultural. Dessa forma, ao percorrer sua trajetória genética, o pensamento e a linguagem se estruturam em interação com o meio, gerando um processo qualitativo.

Os conceitos formados através da existência humana têm duas fontes, segundo Khol (1992):

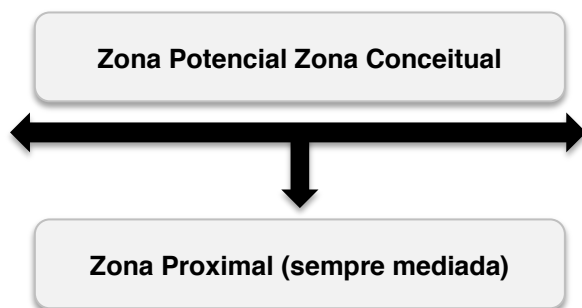
### Quadro 1 – Fontes da formação de conceitos

<b>a) Espontâneos</b>	Descobertos sozinhos	Nascem da experiência com o real e são formados pelo meio diariamente
<b>b) Científicos</b>	São fornecidos através da linguagem ou função superior	Nascem pela aprendizagem sistemática e são importantíssimos para a formação da consciência

Fonte: Khol (1992, p. 28)

As oscilações entre essas formações de conceitos promovem a diversificação das personalidades, caracterizando a individualidade, em que o sujeito sempre encontra, nas mais variadas possibilidades de aprendizagens possíveis, espontâneas ou científicas, o desenvolvimento de uma zona denominada potencial.

**Logo:**



Segundo Khol (1992), Vigotsky propôs um percurso para esse desenvolvimento do pensamento conceitual, ordenando-o em estágios, que independem da idade.

**Quadro2** – Estágios de desenvolvimento do pensamento conceitual de acordo com Vigotsky

Estágios	Tipo de pensamento	Idade aproximada
<b>1º Estágio</b>	Nexos vagos – pensamentos sincréticos oriundos da percepção imediata	Corresponde à fase sensório-motora postulada por Piaget. Exatamente a fase inicial na creche.
<b>2º Estágio</b>	Fatos concretos (a inclusão de novos fatos vão favorecendo a solidificação dos conceitos) – pensamentos por complexos <sup>1</sup>	Fase da intelectualização, ou seja, dos conhecimentos sistematizados, ou ainda dos anos iniciais da escolaridade.
<b>3º Estágio</b>	Pensamentos conceituais (abstrato e ético). Nesse estágio já é possível ao sujeito unir, separar, combinar para analisar e, através da análise, abstrair.	Corresponde ao período de adolescência postulado por Piaget.

**Fonte:** Khol (1992, p. 29-30)

<sup>1</sup> Um complexo unifica impressões desordenadas.

O segundo e o terceiro estágios são muito correlatos, pois com alguns fatos o ser humano já é capaz de avaliar (conceituar).

A escola é importantíssima em sociedades letradas. Sua inserção de conceitos científicos é fundamental na formação dos processos psicológicos, fornecendo estrutura para a ascendência de conceitos espontâneos, que resultam na consciência.

A intervenção ou mediação pedagógica provoca avanços que não ocorreriam espontaneamente. Logo, a aprendizagem é fundamental para o desenvolvimento humano: desperta processos que só são acionados pelas interações.

A diversidade de culturas da raça humana originam as diversas formas de funcionamentos psicológicos; logo, as diferenças de pensamento dos grupos sociais dependem da diversidade cultural e podem se expressar nas mais diversas linguagens.

O psicólogo Vygotsky também tematizou as relações entre afeto e cognição, postulando que as emoções integram-se ao funcionamento mental geral, tendo uma participação ativa em sua configuração.

## 2.3 A formação de vínculos segundo Henry Wallon

A partir de uma teoria da emoção, Henry Wallon concebe a dimensão afetiva como conceito fundamental da sua teoria psicogenética da aprendizagem, de acordo com Bezerra (2006), diferenciando em seus tratados a emoção e a afetividade.

“As emoções, assim como os sentimentos e os desejos, são manifestações da vida afetiva. Na linguagem comum costuma-se substituir emoção por afetividade, tratando os termos como sinônimos. Todavia, não o são. A afetividade é um conceito mais abrangente no qual se inserem várias manifestações.” (Galvão, 1999, p. 61)

Para Wallon (1982, apud Bezerra, 2006) as emoções têm função vital no desenvolvimento humano; porém, nas crianças que ainda estão desenvolvendo conceitos, elas são mecanicistas, imediatas e pouco inteligíveis. Inicialmente se manifestam como reações confusas e depois passam a ter poder motivador, que, quando mediadas com propriedade, são positivas. “O estudo da criança exigiria o estudo dos meios onde ela se desenvolve. É impossível de outra forma deter-

minar exatamente o que é devido a este e o que pertence ao seu desenvolvimento espontâneo.” (Wallon, 1982, p. 189)

A sociedade intervém no desenvolvimento psíquico da criança, através de suas sucessivas experiências e das dificuldades – ou não – para vencê-las, já que ela – a criança – depende para viver e sobreviver durante muito tempo dos adultos que a cercam. Logo, a emoção é vista como instrumento de sobrevivência imprescindível à espécie humana e por sua vez também a afetividade, onde as emoções se manifestam. A emoção, segundo Heloísa Dantas (1992, p. 85), é simultaneamente social e biológica em sua natureza, pois realiza a transição entre o estado orgânico do ser e a sua etapa cognitiva racional, que só pode ser atingida através da mediação cultural, isto é, social.

Para Dantas (1992), a dimensão afetiva, que é de fundamental importância para Wallon, seja do ponto de vista da construção da pessoa, seja do ponto de vista do conhecimento, é, portanto, marcante para o desenvolvimento da humanidade, que se manifesta a partir do nascimento e estende-se pelo primeiro ano de vida da criança. O teórico explica que uma criança sadia, quando já está se relacionando afetivamente bem com o meio que a cerca, em particular com sua mãe, sente necessidade de ser objeto de manifestações afetivas para que, assim, seu desenvolvimento biológico seja perfeitamente normal.

Quando se pensa em uma criança cuidada e ensinada em creche é preciso pensar no tempo que essa passa junto às Auxiliares de Desenvolvimento Infantil e em quanto a afetividade e o aconchego ajudam-nas a se desenvolver.

Bezerra (2006) acrescenta que Wallon prova com sua teoria que, se não fosse pela sua capacidade de mobilizar poderosamente, no sentido do atendimento de suas necessidades, o bebê pereceria. Não é por acaso que seu choro atua de forma tão intensa sobre a mãe. Essa função biológica então é que dá origem a um dos traços característicos da expressão emocional. É nesse sentido que Wallon considera a emoção fundamentalmente social. Ela fornece o primeiro e mais forte vínculo entre os indivíduos e supre a insuficiência da articulação cognitiva nos primeiros.

Pode-se afirmar que a construção de vínculos entre o cuidador e a criança pequena é adequada (RCNEI, 1998, V.2). Entre o bebê, crianças e as pessoas que cuidam, interagem e brincam com ele se estabelece uma forte relação afetiva (a qual envolve sentimentos complexos e contraditórios, como amor, carinho, encantamento, frustração, raiva, culpa etc.). Essas pessoas não apenas cui-

dam da criança, mas também mediam seus contatos com o mundo, atuando com ela, organizando e interpretando para ela esse mundo.

Acrescenta-se ainda a relação íntima entre movimento e afetividade nas crianças muito pequenas. Galvão (1996, p. 70) afirma, de acordo com os estudos de Wallon, que a primeira função do movimento no desenvolvimento infantil é a afetividade e que o movimento assume dimensões cognitivas com o passar dos anos.

As regulações tônicas são responsáveis pelos gestos e pelo equilíbrio do corpo, estando diretamente ligadas com a afetividade. Inclusive, nesse processo, a função postural está intimamente ligada à atividade intelectual, onde muitas vezes a não compreensão de um determinado assunto pode causar contrações musculares, espasmos ou movimentos bruscos.

### **3 A FAMÍLIA COMO FATOR PRIMORDIAL PARA O DESENVOLVIMENTO DO AFETO NAS CRIANÇAS**

Estudos apontam que o desenvolvimento humano, e em específico o infantil, faz com que não só a criança amadureça, mas também quem está ao seu lado, ou seja, o adulto e as outras crianças.

Além dos profissionais da educação, ou seja, dos educadores de creches, a família assume um papel muito importante na formação da criança, na faixa etária de zero a três anos. É a família, na qual a criança está inserida, que irá trazer para a creche toda a sua estrutura de funcionamento: se ela é atenciosa, carinhosa, cuidadosa, prestativa, problemática, violenta, alheia, apática, com acesso ou não aos bens sociais e culturais que interferem e/ou auxiliam no desenvolvimento das crianças. E também quanto à formação delas: se é nuclear, se a mãe é pai é mãe ao mesmo tempo, se um responsável cuida da criança, se a família é numerosa ou não, se a criança não tem mãe etc., todas essas formações de famílias que temos atualmente em nossa sociedade.

Se essas famílias possuem necessidades e dificuldades, no que se refere ao aspecto da afetividade, cabe ao educador e à creche como instituição suprir essas carências, desenvolvendo todo um trabalho que priorize a formação do vínculo, tão importante na educação da criança.

É importante observar inicialmente a forma de tratamento das famílias para com seus filhos e para com os educadores da creche. É necessário que se tenha uma observação apurada, buscando detalhes, pequenas e grandes mudanças de comportamento, mudanças de atitudes, etc., nesse sentido conseguindo montar um quadro que permita intervenções, se necessário.

A grande preocupação da creche é que se consiga que o próprio educador, através de sua interação com a criança, seja um exemplo de afetividade e carinho para suas crianças, para a família da criança e para os outros educadores, criando assim um ambiente saudável para todas que ali convivem e dessa forma provando mais uma vez que a educação não é apenas uma tarefa conjunta, mas recíproca.

A família é o primeiro grupo social ao qual a criança pertence e, portanto, é no seio desta que a criança será acolhida inicialmente, em particular pela mãe, depois pelo pai, irmãos e familiares. Esse acolhimento fará com que a criança se sinta segura e que faz parte da família.

No início da vida a criança será cuidada e terá muito carinho. Pelo menos é o que se espera das famílias para com as crianças, ou é o mínimo essencial que a criança necessita para sobreviver.

Ao longo dos anos, não só a creche, mas também as famílias passaram por mudanças organizacionais e sociais. Tanto uma como a outra, creche e família, sofreram interferências do meio social a que pertencem e caminham reagindo a essas interferências de diversas formas.

Muitas vezes as ideias, os pensamentos e valores, em se tratando do “cuidado” para com as crianças pequenas, são semelhantes. Mas o contrário também ocorre. Ou seja, muitas dessas famílias têm opiniões contrárias às da creche e nesse ponto se torna difícil realizar uma intervenção. Difícil, mas não impossível, pois se o educador e a instituição creche deixarem de exercer o seu papel, tão mais difícil será realizar mudanças positivas nesse contexto.

É preciso ter claro que cada qual tem o seu papel, a sua função, mas que os dois lados, creche e família, se inter-relacionam e se complementam.

A base de todo esse relacionamento é o diálogo, o qual se prolongará para com as crianças em uma relação educativa na qual o educador oferecerá carinho, afeto, atenção, momentos para ouvir a criança, momentos em que falará com a criança. Enfim, oferecerá oportunidades para a criança dar continuidade a todo um processo que já começou a ser formado em casa.



Nesse processo a criança não só construirá sua personalidade, mas também formará crenças, valores e toda a sua estrutura psíquica, de acordo com os relacionamentos que estabelecerá com os adultos e com outras crianças com as quais conviverá diariamente.

E é a partir dessa ação de estar vinculada ao “outro”, de dar e de receber afeto/cuidados, que serão formados os vínculos afetivos tão importantes na vida de qualquer pessoa, mas principalmente na vida das crianças pequenas na faixa etária de zero aos três anos de idade.

### **3.1 Funções legais da família**

Historicamente a instituição educacional não pode viver sem a família e esta não pode viver sem essas instituições; uma depende da outra para alcançar seu maior objetivo, que é fazer com que o educando/filho aprenda para ter um futuro melhor, se tornar um cidadão de direitos e assim construir uma sociedade mais justa e digna para se viver.

Conforme o Art. 53 do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa (...). Muitos conflitos que vêm acontecendo nas instituições educacionais são desenvolvidos pela mudança social de valores e pelo descomprometimento de ambos os lados responsáveis pela formação das novas gerações. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 9394/96, em seu segundo artigo, reza que a educação é dever da família e do Estado, bem como de toda a comunidade.

A instituição educacional, em nível de creche ou de outros segmentos, tem um papel social de integração do educando com o conhecimento, com o cuidado pessoal, a relação social e a construção de uma cidadania plena, porém falha muitas vezes em cumprir seu dever quando não conta com a parceria das famílias em prol de uma educação mais qualificada. A escola então passa, de ambiente cultural, integrador e agradável, para um ambiente conflituoso e sobrecarregado. Dentro desses graves enfrentamentos estão a baixa autoestima, o fracasso escolar, as defasagens de aprendizagem que muito comprometem os índices da educação nacional.

Acredita-se que um processo de Gestão Escolar voltado para o diálogo pode produzir extremas modificações no processo pedagógico, já que envolve uma aproximação dos educadores e das famílias no intuito de buscarem juntos qualidade de ensino, que não abandone as necessidades humanas e sociais que envolvem o grupo no entorno da escola.

O relacionamento com os pais é uma atividade muito importante, na qual a creche e a escola devem investir, com o apoio de todos os colaboradores, a partir da recepção e acolhida em visita e nas reuniões de pais e responsáveis, em que são tratados assuntos de interesse geral da escola e família. Além de orientações que muitas vezes são solicitadas à creche e à escola por não haver outra instituição que possa ajudá-los.

### **3.2 Interações humanas no ambiente de cuidado e educação**

É através da interação entre o adulto e a criança, e a criança com outras crianças, que o desenvolvimento se dará. Mas, se existir um vínculo afetivo nessa relação, maiores serão os frutos que serão colhidos a longo prazo.

A família é o primeiro parceiro privilegiado nessa fase inicial, pois, além de cuidar do bebê, se relacionará com ele e irá constituindo laços afetivos que serão o alicerce de toda a estrutura emocional da criança.

Conforme ela vai crescendo, os adultos (pais/educadores) a auxiliam a realizar conquistas e a superar desafios de acordo com cada faixa etária. Assim, o bebê começará a construir significados em relação ao mundo e em relação a si mesmo. E nessa significação ele se apropriará de conhecimentos, partindo do que está próximo dele e indo rumo ao que ainda não conhece, mas que já tem condições de buscar.

É necessário cuidar muito bem da primeira infância e da infância para que a criança tenha assegurado o direito a desenvolver suas capacidades e potencialidades. O adulto precisa pensar no bebê e pelo bebê para ajudá-lo a interpretar o mundo que o cerca.

### **3.3 O educador de creche e os sentimentos envolvidos no cotidiano**

Para o profissional da área de educação não é nada fácil lidar com as incertezas do dia a dia, com a insegurança, com os medos. Principalmente pelo fato de lidarem com vidas e não com máquinas.

E para ser um bom profissional, é necessário muitas vezes passar por mudanças, as quais geram resistências diante do novo, por medo de errar ou não conseguir atingir o sucesso no tocante ao desenvolvimento infantil.

Para obter sucesso, porém, é preciso lançar mão de alguns ingredientes primordiais, dentre eles a afetividade, o vínculo afetivo que se estabelece a partir do primeiro contato da creche com a família e depois com a criança.

De acordo com RCNEI (1998, v. 2) o vínculo é peça-chave de todo relacionamento com o adulto (educador) e com outras crianças. Durante o processo de formação do vínculo, o educador será o mediador de muitas situações cotidianas, levando a criança a ultrapassar obstáculos, caminhando e agregando conhecimentos, passo a passo, sem pular etapas.

Assim, a cada obstáculo transposto a criança terá uma sensação de prazer e satisfação que fará com que o educador também se sinta feliz. E o circuito se fecha e se renova sempre, propiciando cada dia mais novas descobertas e também que o vínculo se fortaleça.

Há que se ressaltar que esse movimento é contínuo e exige que se ofereçam oportunidades diversas para que a criança desenhe seu desenvolvimento de maneira ascendente.

Em se tratando de afetividade para com as crianças é preciso saber como estão a afetividade e as emoções do educador, pois ele trabalhará com as crianças e com suas famílias. Então, precisará mais do que nunca estar afetivamente centrado e estruturado para se doar como ser humano e receber também sentimentos bons, que enriquecerão o relacionamento em questão.

Para garantir que a aprendizagem das crianças ocorra de forma saudável é preciso considerar o contexto em que o educador e a criança estão inseridos, ou seja, a creche. Também será importante ter claro qual é o papel do educador, que estará sujeito a mudanças em seu ambiente de trabalho, visando ao atendimento de qualidade para com as crianças e suas famílias.

O educador, além de ser dinâmico, deverá estar também, na medida do possível, atualizado com as transformações, sejam elas econômicas, sociais, sejam culturais, para poder lidar com a realidade local oferecendo subsídios, referentes ao desenvolvimento infantil, necessários para cada família e para cada criança, dessa forma atendendo bem aos seus e encaminhando as situações utilizando de muita sabedoria.

Para além da atenção que se dispensa nas atividades do cotidiano é imprescindível que todos os que trabalham na creche tenham muita sensibilidade para tratar das crianças, as quais são “o bem mais precioso” das famílias.

Quando se fala em sensibilidade, é necessário lembrar que o adulto/educador deve ter a predisposição para ouvir e ser ouvido, e diante disso estabelecer uma relação aberta de diálogo, levando a uma comunicação eficaz com as crianças e suas famílias.

Com a comunicação instaurada no ambiente creche, tem-se a certeza de que, além de um relacionamento interpessoal e autêntico, se terá uma crescente busca por conhecimentos, um crescimento profissional e finalmente um vínculo afetivo fortalecido dia a dia, passo a passo com estruturas sólidas e eficazes na formação das crianças na faixa etária de zero a três anos de idade.

Para isso é preciso que a gestão esteja disposta a proporcionar oportunidades de reflexão, seja através de estudos, seja através de diálogo com os pais e educadores. Dessa forma, projetos de intervenção na zona afetiva são bem-vindos e singulares na construção da identidade psicológica das crianças cuidadas e educadas em creches, pois a creche tem um papel muito importante: prevenir futuros problemas no desenvolvimento infantil. Na creche também se encontra um ambiente que, além de ser estimulador, será ainda um ambiente que favorecerá mudanças sociais, dependendo de como os educadores se relacionarão com as crianças e suas famílias.

## **4 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Um projeto é um procedimento intencional com objetivos definidos que pretendem renovar alguma situação. O projeto de intervenção pressupõe a opção e compromisso da instituição educacional com a formação de um cidadão para um determinado tipo de sociedade.

Em uma instituição de creche projetos se diversificam em intenções; porém, aquele de aproximação das famílias, de construção de vínculos e que respeite a afetividade dos que estão envolvidos em um determinado tempo e espaço histórico assume grande importância, pois valoriza a condição subjetiva e psicológica na qual se formam os seres humanos.

Nos países desenvolvidos e emergentes, respeitando-se aspectos das neurociências, ocorreram muitas pesquisas para verificar o que ocorria quando a criança tinha os cuidados e estímulos apropriados no útero e após o nascimento, e de acordo com a estimulação adequada, como seria o adulto, ou seja, o que ele se tornaria.

Muito se conseguiu constatar, provando-se, inclusive, a importância da estimulação precoce, da nutrição e da imunização em crianças pequenas.

A criança e a primeira infância, neste presente século, passam a ser vistas de uma forma diferente. A infância é observada como um período crucial no desenvolvimento humano, advindo daí a importância das intervenções nessa fase do desenvolvimento. Essas intervenções precisam ser pensadas, planejadas e aplicadas com muito cuidado para evitar traumas futuros.

As intervenções procuram oferecer oportunidades para a criança se desenvolver com tranquilidade, respeitando suas peculiaridades e limitações de acordo com cada faixa etária. E as intervenções também são necessárias para auxiliar o processo de aprendizagem.

Em tudo na vida existem os períodos, e na infância existem alguns períodos que são chamados períodos sensíveis, em que os circuitos neuronais se desenvolvem, ou seja, a função cerebral no início da vida é muito mais acelerada. O que ocorrer nesse momento influenciará o que irá acontecer durante toda a vida do indivíduo.

Se a criança tiver uma série de privações em relação a estimulação e nutrição, por exemplo, ela poderá ter a sua saúde prejudicada na fase adulta. Poderá ter inclusive problemas referentes à sua saúde mental, a comportamentos e à aprendizagem.

Mais uma vez evidencia-se que o ser humano não existe e não funciona em partes separadas, mas é um ser único em que cada função interfere nas demais funções do organismo, provocando mudanças e/ou transtornos na vida do indivíduo adulto.

Dessa forma os projetos de intervenção na realidade visam a mudanças em busca de novas maneiras de trabalhar com a realidade.

## 4.1 Justificativa

O que levou à escolha do problema foi a observação das atitudes dos pais ao deixarem seus filhos na creche no início do período (manhã) e ao buscarem seus filhos no final do período (tarde). Como era o comportamento desses pais quando se despediam de seus filhos e como era o reencontro ao virem buscar as crianças.

Muitas vezes notava-se que pessoas autorizadas a virem trazer/buscar a criança tinham mais carinho e amorosidade para com as crianças do que os próprios pais. Essa foi a maior razão de escolher esse “problema” para ser abordado no projeto de intervenção.

Provavelmente pela correria do dia a dia, ou mesmo por trabalharem por longos períodos, ou seja, muitas horas, deixam a responsabilidade de trazer/buscar os filhos delegada a terceiros. Ou pela modernidade de ter que aderir ao transporte escolar dos filhos, os pais ficam cada vez mais longe das crianças, sem contato físico, sem toques de carinho.

E como se sabe que é importante esse contato, esse cuidado com as crianças na primeira infância, o que se pretende é realizar um trabalho com os pais e com os educadores de creche promovendo um maior entrosamento afetivo.

## 4.2 Finalidade

Fazer com que pais, crianças e educadores melhorem suas relações afetivas, tendo mais diálogo, mais atitudes de carinho e aconchego, além de fazer com que o acolhimento diário seja sempre muito bem realizado, pois partindo daí é que se inicia um novo dia com novas perspectivas e com novos objetivos a alcançar. Se necessário for, o espaço será modificado para atender às necessidades das atividades que forem propostas para que a acolhida das crianças seja algo que realmente deixe os pais mais seguros.

População envolvida: pais, crianças de zero a três anos de idade e educadores. Local da intervenção: instituição creche.

### 4.3 Objetivos

- 1) Levar ao conhecimento de pais e educadores quanto é importante e necessário acolher bem a criança: primeiro na família e depois na instituição creche.
- 2) Fornecer informações aos pais e educadores sobre a importância de dar a devida atenção às crianças, ouvindo e atendendo suas necessidades emocionais.
- 3) Favorecer o diálogo e as trocas interpessoais, valorizando a afetividade.
- 4) Desenvolver atividades e atitudes que propiciem o trabalho educativo, enfatizando o aspecto afetivo.
- 5) Modificar o espaço para torná-lo mais acolhedor e acolhedor.
- 6) Cuidar das necessidades físicas, emocionais e psicológicas das crianças.

### 4.4 Metodologia

Atuando com ações efetivas e permanentes, monitoradas através de observações da equipe em prol de uma melhora nos relacionamentos interpessoais e afetivos ocorridos nas creches que proporcionam maior qualidade no desenvolvimento das crianças, incluindo sua felicidade.

- 1) Modificar o ambiente, tornando-o mais acolhedor e acolhedor.
- 2) Colocar músicas na entrada e na saída das crianças, ou seja, no início e no fim dos períodos.
- 3) Montar murais com frases/figuras acolhedoras na entrada da creche.
- 4) Montar murais para que os pais registrem suas opiniões sobre a acolhida diária na creche.
- 5) Montar murais para que os educadores registrem suas opiniões sobre como os pais se expressam ao deixarem/buscarem seus filhos na creche.
- 6) Favorecer ainda mais a entrada dos pais para deixar/buscar seus filhos no interior da creche, fortalecendo os vínculos afetivos.
- 7) Exibir pequenos vídeos sobre o tema afetividade para os pais nas reuniões com estes.

- 8) Expor trabalhos feitos pelas crianças nos murais, onde os registros serão afixados.

## 4.5 Conteúdos

- A) Reunião inicial com os pais apresentando breve explicação sobre o tema afetividade e exposição de um pequeno trecho do vídeo “Babies”, focalizando como é a criação de bebês nos diversos países do mundo e como os pais demonstram sua afetividade para com seus filhos. Depois, em cada reunião de pais sempre estaremos exibindo mais uma parte desse mesmo filme e de outros referentes ao tema afetividade.
- B) Receber e se despedir dos pais e das crianças no início e no final do período com músicas calmas que promovam acolhimento, bem-estar e reflexão.
- C) Confeção de um mural na entrada da creche com as opiniões dos pais sobre a acolhida diária das crianças na creche – os depoimentos serão colhidos no decorrer de uma semana e expostos no mural na semana seguinte. E em cada semana serão expostos os depoimentos de uma turma apenas. Por exemplo: Maternal I; Maternal 2, Berçários etc.  
Como Tempo de Trabalho serão necessárias semanas, de acordo com o número de turmas que atendem. Depois, todos os depoimentos/opiniões serão guardados e farão parte do arquivo de memórias da creche.
- D) Confeção de um mural também na entrada da creche com as opiniões das educadoras sobre como os pais se expressam ao trazerem/buscarem seus filhos na creche. Cada educadora expressará seus sentimentos no mural e os pais das crianças farão desenhos sobre o tema afetividade para ilustrar o mural.
- E) Confeção de um grande mural na entrada, onde cada turma e cada família serão convidadas a trazer de casa uma figura/gravura ou escrever uma frase que simbolize a importância da afetividade na formação da criança desde a gestação até os três anos de idade.



## 4.6 Formas de avaliação

O projeto de intervenção será avaliado no decorrer do processo, ou seja, a cada atividade desenvolvida a diretora da creche registrará como foi a receptividade dos pais, crianças e educadoras para, na avaliação final, contar com a presença das educadoras e dois pais/mães, com seus filhos, representantes de cada turma, realizando uma discussão sobre o tema em questão. Nessa avaliação é que se verificará como foi compreendida e vivenciada por todos os envolvidos no processo a questão da afetividade na primeira infância, em que pais e educadores assumem um papel recíproco e de suma importância na educação das crianças.

### RECURSOS NECESSÁRIOS

- **Recursos materiais:** papel kraft, pincel atômico, papel crepom, folhas de sulfite, canetinhas, fita adesiva, microsystem.
- **Recursos humanos:** diretora, funcionários, educadoras, pais e crianças.

## 4.7 Cronograma

**Quadro 3** – Cronograma de atividades do projeto de intervenção

MESES/2013	ATIVIDADES A SEREM REALIZADAS
Fev	Reunião de início de ano para apresentação da equipe de trabalho e exibição de um pequeno trecho do filme “Babies”; explicar sobre a acolhida diária e sua importância
Mar	As educadoras irão colher as opiniões/depoimentos dos pais sobre a acolhida diária; os pais escreverão em folhas de sulfite com canetinha
Fev a Jun	Músicas na entrada e na saída dos períodos para os pais e para as crianças; as músicas serão colocadas às segundas, quartas e sextas-feiras
Abr	No mês de abril o mural ficará exposto para os pais na entrada da creche; cada criança terá a impressão da mãozinha na folha em que os pais registrarem sua opinião/depoimento
Abr	Reunião do 1º bimestre – exposição de mais um trecho do filme “Babies”
Mai	No mês de maio o mural que ficará exposto para os pais será o que tiver a opinião/depoimento das educadoras; as educadoras escreverão em folhas de sulfite com canetinha e cada folha terá o desenho feito por um pai/ mãe
Jun	Pequeno encontro com a diretora da unidade, as educadoras e os pais representantes de cada turma para discutirem o que foi positivo/negativo durante a realização do projeto de intervenção na creche
Jun	Reunião do 2º bimestre – exposição de mais um trecho do filme “Babies”

## 4.8 Objeto de estudo

**Quadro 4** – Objeto de Estudo – Creche Um

<p><b>CRECHE MUNICIPAL VIRGÍNIA TOSI POLI</b>  <b>FONE: (4496-1899)</b>  <b>Endereço:</b> Rua Plínio Cordeiro e Silva, 20 Jd. Vitória  <b>Diretora: Alessandra Z. Tonoli Arruda</b>  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:crechevirginia@itupeva.sp.gov.br">crechevirginia@itupeva.sp.gov.br</a></p>	
<p><b>Atendimentos</b>  120 crianças  <b>Quadro de Pessoal</b>  1 Gestora  1 Escriturária  18 Auxiliares de Desenvolvimento Infantil  1 Estagiária  3 Serventes  3 Merendeiras</p>	<p><b>Estrutura Física</b>  8 salas para atendimento  Pátio interno  Pátio externo  Playground  Cozinha da merenda e das funcionárias  1 Despensa e e1 lavanderia  2 Banheiros coletivos – adaptados para crianças pequenas  2 Banheiros de funcionárias  Árvores e natureza  Espaço para ampliação</p>

**Quadro 5** – Objeto de Estudo – Creche Dois

<p><b>CRECHE MUNICIPAL BAIRRO SÃO ROQUE DA CHAVE</b>  <b>FONE: (4496-5230)</b>  <b>Endereço:</b> Av. Francisco Nakazato, 355 Bairro da Chave  <b>Diretora: Alessandra Z. Tonoli Arruda</b>  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:crechesrchave@itupeva.sp.gov.br">crechesrchave@itupeva.sp.gov.br</a></p>	
<p><b>Atendimentos</b>  109 crianças  <b>Quadro de Pessoal</b>  1 Gestora  1 Auxiliar administrativa  16 Auxiliares de Desenvolvimento Infantil  1 Estagiária  3 Serventes  2 Merendeiras</p>	<p><b>Estrutura Física</b>  8 salas para atendimento  Pátio interno  Pátio externo  Playground  1 Cozinha da merenda e das funcionárias  1 Despensa e 1 lavanderia  1 Banheiro coletivo – adaptado para crianças pequenas  2 Banheiros de funcionárias  Árvores e natureza  Ampliando uma sala</p>

Nas creches o projeto será desenvolvido com o envolvimento dos pais, educadores, diretora da unidade, crianças e todos os funcionários. A diretoria de Educação deverá concordar e autorizar o projeto, de acordo com o projeto educacional das creches do município que já integram o programa “Primeiríssima Infância”.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida moderna tumultuada tem aumentado a necessidade de os pais se servirem dos serviços de instituições de ensino, como as creches, nos cuidados de seus filhos. Porém, um fenômeno tem se intensificado, o da diminuição de contato dos pais com os filhos, gerando, conseqüentemente, uma alteração na qualidade dos vínculos afetivos.

Educadores e gestores de creche estão preocupados, pois cada vez mais é sabida, por informe da psicologia e da neurociência, a importância da qualidade do vínculo afetivo no desenvolvimento das crianças durante a gestação e na primeira infância, para formação neural.

Considerando-se a creche um serviço essencial, organizado legalmente no Brasil e parte integrante do segmento da Educação Infantil, tem-se refletido sobre a importância de intervenções no seio das famílias atendidas em prol de uma melhora na qualidade do desenvolvimento das relações interpessoais ocorridas dentro e fora da creche, mas que a influencia diretamente no cuidado e na segurança dos bebês.

Um projeto de intervenção tem sentidos e objetivos próprios, nascendo de observações e sensações de necessidades evidenciadas no dia a dia da rotina das creches. A humanização do relacionamento adulto/adulto, adulto/criança, dentro dessa instituição é uma das metas cruciais da época vivida. Diante disso as creches municipais citadas receberão projetos de intervenção na área da relação afetiva, que, com ações singelas, porém sensibilizantes e efetivas, pretendem semear um diferencial no dia a dia tão agitado e desprovido de tempo para relações humanas que o mundo moderno tem imposto.

Com certeza a equipe profissional das creches sentirá grandes mudanças na interação com os pais e no comportamento das crianças, porém efetivamente esse é um trabalho de objetivos a longo prazo, em que a aprendizagem, a auto-

estima e valores de bom relacionamento moral estarão sendo difundidos e incutidos nas crianças e seus familiares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bee H. A Criança em Desenvolvimento. São Paulo: Editora Harbra; 1984.

Bezerra R.J.L. Afetividade como condição para a aprendizagem: Henri Wallon e o Desenvolvimento Cognitivo da Criança a partir da emoção. Rev Didática Sistemica UFRS. 2006; (4):20-6.

Brasil. Referenciais curriculares nacionais de educação infantil. Brasília: MEC; 1998. v.2.

\_\_\_\_\_, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº. 9394 de 20 de dezembro de 1996, Ministério da Educação e do Desporto.

\_\_\_\_\_, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – [Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.](#)

Davis C, Oliveira Z. Psicologia na educação. São Paulo: Editora Cortez; 1994.

Galvão I. Henri Wallon: Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Petrópolis: Vozes; 1999.

La Taille Y, Kohl M, Dantas H. Piaget, Vygotsky e Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Editora Summus; 1992.

Rodrigues M. Psicologia educacional: uma crônica do desenvolvimento humano. São Paulo: McGraw Hill do Brasil; 1976.

Shinyashiki R. A Carícia essencial: Uma psicologia do Afeto. São Paulo: Editora Gente; 2005.



## **Capítulo 2**

Organizando a Rede de Proteção Social Básica para o atendimento integral às crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor no município de São José do Rio Pardo – SP

Carina Maria Catalani  
Ademir Alves da Silva (orientador)



## **Capítulo 2**

# **ORGANIZANDO A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS NO TERRITÓRIO DO CRAS – VALE DO REDENTOR NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO – SP**

Carina Maria Catalani

Ademir Alves da Silva (orientador)

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho consiste em uma pesquisa realizada no município de São José do Rio Pardo – SP para diagnosticar como os serviços socioassistenciais de Proteção Social Básica estão sendo ofertados às crianças de zero a seis anos. A iniciativa se deu a partir da necessidade de estruturação e organização dos serviços prestados pelo CRAS – Vale do Redentor às famílias a ele referenciadas com o objetivo de organizar a rede de atendimento integral às crianças daquela faixa etária. Apresenta os benefícios da promoção do desenvolvimento infantil e enfatiza a importância de um conjunto de ações de caráter intersetorial e os sujeitos e as dimensões componentes: crianças, famílias e território – para construção de ações coletivas e a eficácia e efetividade dos serviços socioassistenciais prestados de forma integral às crianças.

## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida de uma criança são de fundamental importância para o seu desenvolvimento. Os cuidados e estímulos ofertados da gestação aos primeiros seis anos determinam sua capacidade de aprender, sua autonomia, a velocidade e qualidade de raciocínio, a criatividade e a memória, suas habilidades para se relacionar e suas competências e comportamentos.

Estudos da neurociência afirmam que na primeira infância as conexões e a formação do cérebro são mais dinâmicas e substancialmente afetadas pela qualidade da educação e estímulos externos e internos recebidos no útero e logo após o nascimento. (Young, 2010: 32- 33)

O desenvolvimento da criança ocorre devido à integração de um enorme conjunto de fatores e processos, que vão desde características individuais presentes a partir da concepção e gestação até fatores relativos aos grupos a que essa criança pertence (família e comunidade). Todos esses fatores podem favorecer ou comprometer o seu desenvolvimento.

É no período etário de zero a seis anos que irão se estabelecer as principais bases da organização emocional da criança; desse modo, é necessário que sejam asseguradas condições para que a criança cresça de forma saudável, ou seja, o ambiente em que ela se encontra deve oferecer não só os suportes materiais, mas também proporcionar-lhe a segurança de acolhida estabelecida através das relações afetivas entre a criança, seus pais e familiares.

Acredita-se que é justamente na vivência de sensibilidade e adequação do vínculo afetivo entre o bebê e seus pais que ficam depositadas as maiores oportunidades e benefícios de a criança poder usar todo o restante de seus recursos na direção de um crescimento saudável. E será esse o modelo que sustentará as suas posteriores relações afetivas<sup>1</sup>.

Sob essa perspectiva, a família é a principal responsável pelo desenvolvimento da criança e precisa ser resgatada na sua função.

---

<sup>1</sup> Cf. Construindo o Desenvolvimento Infantil, material utilizado na capacitação famílias grávidas e adolescentes grávidas, Lia Rachel Colussi Cypel – Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.



“A família é espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e desenvolvimento, e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus membros. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.” (Kaloustian et al, 2010: 11-12)

Além da família, a criança pertence ainda a um determinado território social, ou seja, está inserida em uma comunidade.

Ao trabalhar com o território, entende-se que existe a necessidade de conhecer os espaços em que a criança vive. Ou seja, o território não é somente uma porção específica de terra, mas uma localidade marcada pelas pessoas que ali vivem. É nos espaços coletivos que se expressam a solidariedade, a extensão das relações familiares para além da consanguinidade, o fortalecimento da cumplicidade de vizinhança e o desenvolvimento do sentimento de pertença e identidade.<sup>2</sup>

Dessa forma os Programas de Intervenção para o Desenvolvimento da Primeira Infância consideram três dimensões componentes: as crianças, suas famílias e o território em que vivem. Há todo um conjunto de ações com o objetivo de favorecer o desenvolvimento infantil e atender as crianças de modo integral, ou seja, garantindo atenções desde o pré-natal, durante o parto, logo após o nascimento até a idade de seis anos; para tanto é necessário que as ações tenham caráter intersetorial, favorecendo com isso a articulação entre os serviços de saúde, educação e assistência social e demais políticas públicas.

Os processos de articulação partem do princípio da intersetorialidade, ou seja, é “a articulação entre sujeitos de setores sociais distintos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas, que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais (...); está necessariamente relacionada à prática, ao

---

<sup>2</sup> Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS/MDS. 1.Ed.- Brasília, 2009. p.13.

enfrentamento de problemas reais. É uma nova prática social, reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático”. (Feuerwerker et al, 2000: 25-35)

Atualmente há suficientes pesquisas e evidências científicas comprovando que investimentos em Educação, Saúde e Assistência Social desde o ventre materno e durante a infância geram maiores retornos à criança, à família e a toda a sociedade. Para tanto, é necessária a atenção de todos sobre a necessidade de um cuidado ampliado na primeira infância.

A iniciativa de realizar um diagnóstico da situação da primeira infância no âmbito da Proteção Social Básica no município de São José do Rio Pardo (SP) e, conseqüentemente, no território de abrangência do CRAS – Vale do Redentor se deu a partir da necessidade de estruturação e organização dos serviços prestados pelo CRAS às famílias a ele referenciadas.

A Proteção Social Básica tem caráter preventivo e processador de inclusão social. Destina-se a segmentos da população que vivem em condição de vulnerabilidade social: decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, acesso nulo ou precário aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos socioafetivos e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)<sup>3</sup>.

O CRAS – Centro de Referência de Assistência Social é uma unidade de Proteção Social Básica do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidade e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania<sup>4</sup>.

Os Programas de Desenvolvimento para a Primeira Infância enfatizam aspectos importantes para consolidação da Proteção Social Básica no CRAS, que são: o enfrentamento da pobreza, a redução das desigualdades e a construção de uma sociedade justa e igualitária.

---

<sup>3</sup> Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Brasília: MDS, 2004, p.4.  
Disponível em: <http://www.amavi.org.br/sistema/pagina/setores/associal/arquivos/suassnasdoc12004.pdf>.

<sup>4</sup> Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social- CRAS/ MDS. – 1. Ed.- Brasília, 2009. p9.

O atendimento prestado às crianças deve ser integral e integrado, ou seja, as ações têm caráter intersetorial, com a participação dos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social concebendo a família – com o devido suporte das políticas públicas – como responsável pela proteção, socialização, aprendizagem e desenvolvimento das capacidades humanas.

As ações para promover o desenvolvimento infantil são equivalentes às ações para promover a Proteção Social Básica no território do CRAS e se identificam no desenvolvimento de práticas profissionais norteadas pela perspectiva do cuidado, incluindo atitudes acolhedoras, a procura intencional, a disponibilidade para escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo dos usuários com os profissionais e com o serviço.

Tendo em vista que uma das finalidades do CRAS na Proteção Social Básica é contribuir para a construção de políticas públicas comprometidas com a consolidação da cidadania e efetividade do direito das crianças à convivência familiar e comunitária, ressalta-se a importância do Diagnóstico da Primeira Infância do CRAS – Vale do Redentor – que ainda não está presente e organizado no município – à medida que representa um instrumento eficaz para o planejamento e o desenvolvimento de ações articuladas.

O diagnóstico tem como finalidade investigar os aspectos relacionados às condições de vida das crianças de zero a seis anos e suas famílias no território de abrangência do CRAS – Vale do Redentor, bem como as ações e os programas desenvolvidos pela rede socioassistencial de Proteção Social Básica existente no município nas esferas governamental e da sociedade civil. Para tanto, procurou-se conhecer as necessidades das crianças e suas famílias através da coleta de dados nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social e das Políticas Públicas voltadas para a garantia de direitos e proteção integral às crianças de zero a seis anos no município.

Para atender à proposta de diagnóstico social, a pesquisa desenvolveu-se em três etapas e a apresentação dos resultados, contando com procedimentos metodológicos quantitativos que se deram pela coleta de dados secundários sobre o município e pela realização de pesquisa de campo sobre o atendimento prestado e as vulnerabilidades presentes nas famílias com crianças de zero a seis anos de idade no território de abrangência do CRAS – Vale do Redentor.

Na primeira etapa, foi realizada a coleta de dados para a caracterização do município de São José do Rio Pardo (SP) de forma a identificar como as crianças de zero a seis anos estão representadas e inseridas no município. O levantamento de dados teve como fontes: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Fundação Seade (Sistema Estadual de Análise de Dados) e Datasus. Através dos serviços existentes, buscou-se coletar, além dos dados e indicadores gerais do município, também aqueles referentes aos serviços de atendimento às crianças de zero a seis anos e suas famílias nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social. Para tanto, foram consideradas as seguintes variáveis: vagas ofertadas e famílias e crianças atendidas.

Na etapa subsequente, voltamos a atenção para o território de abrangência do CRAS – Vale do Redentor, destacando sua extensão, o número total aproximado de famílias residentes na área, os serviços socioassistenciais existentes para o atendimento às crianças de zero a seis anos e às famílias com crianças de zero a seis anos acompanhadas pelo CRAS – Vale do Redentor.

Foram levantadas informações contidas nos prontuários das famílias com crianças de zero a seis anos e no Cadastro Único do Governo Federal através do Programa Bolsa Família. Para tanto, utilizaram-se as seguintes dimensões: famílias referenciadas ao CRAS – Vale do Redentor, composição familiar, renda e escolaridade das famílias e crianças de zero a seis anos e as principais vulnerabilidades apresentadas por essas famílias.

Na terceira etapa, foram realizadas análise e sistematização dos dados para elaboração do Diagnóstico da Proteção Social Básica referente ao atendimento às crianças de 0 a 6 anos.

Em seguida, realizou-se a apresentação dos resultados, visando ampliar e aprofundar o conhecimento sobre as condições de vida das crianças de zero a seis anos e suas famílias no território do CRAS – Vale do Redentor, possibilitando a construção de ações coletivas e a eficácia e efetividade dos serviços socioassistenciais prestados de forma integral às crianças de zero a seis anos.

Finalizamos o trabalho com a análise crítica da realidade social identificada e caracterizada pela pesquisa e proposta para que o CRAS – Vale do Redentor na gestão territorial apresente o diagnóstico, através de oficinas e grupos de trabalho, aos serviços do município, profissionais da rede de proteção social básica do território e às famílias por ele referenciadas.

## 2 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PARDO E O ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS DE IDADE

### 2.1 Abrangência geográfica, social e populacional



Disponível em Google Images: [g1.globo.com](http://g1.globo.com) (Editoria de Arte)

O município de São José do Rio Pardo está localizado na região nordeste do estado de São Paulo com área total de 419,02 km<sup>2(5)</sup>.

De acordo com o censo do IBGE – 2010, o município possui 51.900 habitantes, residindo em 15.885 domicílios, sendo 88,55% da população residente na área urbana e 11,45% na área rural. Com relação ao número de habitantes por sexo, 25.547 são homens e 26.353 são mulheres. A taxa de analfabetismo é de 7,8%, com 92,2% da população alfabetizada<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados, disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilmunestado.php>.

<sup>6</sup> IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados preliminares do Universo do Censo demográfico, 2010. Dados fornecidos pela sede do IBGE do município de São José do Rio Pardo - SP.

As principais atividades econômicas são representadas por pequenas empresas, comércios, prestadoras de serviços e serviços gerais, sendo a grande maioria de pequeno e médio porte.

Na agricultura ganha destaque o cultivo de cebola e café, prevalecendo a agricultura familiar, ao contrário dos grandes latifundiários, observando-se índice crescente de êxodo rural, com aumento da população urbana concentrada em dez novos bairros populares de baixa renda.

As condições de vida dos habitantes são marcadas por diferenças socioeconômicas significativas; dos 15.885 domicílios entrevistados pelo IBGE – 2010 com relação à renda domiciliar *per capita*, 1,5% estavam sem rendimento, 2,3% com até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, 13,8% com mais de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e 32,9% com mais de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo até 1 salário mínimo. A soma dessas porcentagens demonstra que em 50% dos domicílios a renda *per capita* domiciliar é de até 1 salário mínimo.

## **2.2 Caracterização dos serviços prestados às crianças de zero a seis anos com enfoque nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social**

As crianças de zero a seis anos de idade, público-alvo desta pesquisa, somam aproximadamente 4.180 habitantes, dentre as quais 607 são menores de 1 ano, 2.314 têm entre 1 e 4 anos e 1.259 de 5 a 6 anos de idade. (IBGE – 2010)<sup>7</sup>

Com relação ao atendimento às crianças na Saúde, segundo dados da Fundação Seade – 2010, a taxa de mortalidade infantil do município foi de 13,98 por mil nascidos vivos, e de 12,42 a taxa de mortalidade neonatal, ou seja, até o primeiro mês de vida.<sup>8</sup>

O município conta com apenas uma unidade neonatal, administrada pela Santa Casa de Misericórdia (Hospital São Vicente), tendo sido em 2010

---

<sup>7</sup> IBGE. Resultados preliminares do Universo do Censo demográfico do município de São José do Rio Pardo, 2010.

<sup>8</sup> Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados, disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilmunestado.php>. Acesso em 10/07/2012.

registrados 653 partos, dos quais 19,75% foram partos normais e 79,78% partos cesáreos. O município não tem cobertura de UTI neonatal<sup>9</sup>.

A taxa de aleitamento materno exclusivo atingiu 47,2% em 2010<sup>10</sup>. O incentivo ao aleitamento materno é realizado pelo GAM – Grupo de Aleitamento Materno, composto por uma equipe multidisciplinar que conta com médicos pediatras, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, nutricionistas e psicólogos. Um dos objetivos é promover e incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e continuado até dois anos, conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS. O trabalho de orientação e apoio ocorre na maternidade e na primeira consulta com uma semana de vida no Ambulatório de Pediatria municipal.

A assistência ao pré-natal na rede pública está centrada em uma unidade chamada Centro de Referência em Saúde da Mulher, que atendeu 92,53% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. (Fundação Seade, 2010)

O percentual de gestantes adolescentes (com menos de 18 anos) foi de 8,7% no ano de 2010.<sup>11</sup>

A atenção em puericultura no município é realizada no Ambulatório de Pediatria e em quatro das cinco equipes do ESF – Estratégia de Saúde da Família, com média mensal de 113 consultas em menores de um ano e 256 consultas para as crianças entre um e quatro anos<sup>12</sup>.

Em relação à cobertura vacinal em menores de um ano, observado o parâmetro da OMS, que considera a aplicação da terceira dose da vacina tetravalente, segundo dados do programa Nacional de Vacinação – PNI em 2011, foi de 100% da população da faixa etária<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Relatório de Estatística da Santa Casa de Misericórdia, Hospital São Vicente, 2010- Município de São José do Rio Pardo.

<sup>10</sup> Controle de atendimento do Centro Municipal de Pediatria, referente ao ano de 2010.

<sup>11</sup> Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados, disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilmunestado.php>. Acesso em 10/07/2012.

<sup>12</sup> Centro de Pediatria Municipal - atendimentos realizados no ano de 2011.

<sup>13</sup> DATASUS Imunizações - Cobertura - SP <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV?CPNISP.def>. Acesso em 15/09/2012.

Na educação, o município dispõe de seis creches municipais para atendimento de crianças de seis meses até quatro anos de idade, sendo 560 o número de crianças atendidas com creches em 2010, 884 matrículas na pré-escola e 1.692 matrículas no Ensino Fundamental. (Secretaria Municipal de Educação, 2010)<sup>14</sup>

Com relação à Assistência Social, o atendimento às crianças de zero a seis anos é realizado por meio dos Programas Sociais do Governo, principalmente o Programa Bolsa Família. Segundo informações do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, o município tem atualmente 3.446 famílias cadastradas, dentre as quais 1.789 são beneficiárias do Programa Bolsa Família, sendo 734 com crianças de até seis anos de idade.

No ano de 2011 o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social realizou o atendimento de 52 famílias com crianças vítimas de violência, dentre os quais 21 acompanhamentos foram de violência intrafamiliar, 10 acompanhamentos de abuso sexual e 21 acompanhamentos de negligência e abandono envolvendo crianças de zero a 12 anos de idade<sup>15</sup>.

O município possui um CRAS – Centro de Referência de Assistência Social localizado no bairro Vale do Redentor II que oferece o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de zero a seis anos e suas famílias.

Em estatística de atendimento do Conselho Tutelar referente ao ano de 2011 e primeiro semestre de 2012, foram registrados 831 atendimentos e orientações, 293 notificações, 425 encaminhamento de famílias, crianças e adolescentes aos serviços da rede municipal, 158 solicitações de vaga em creche, escolas e projetos e 264 averiguações de denúncia. Das famílias atendidas, 300 é o número total de crianças com até seis anos de idade<sup>16</sup>.

O município possui um serviço para o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, o “Educandário São José”, que realiza atendimento intermunicipal com capacidade para atender até 60 crianças e adolescentes.

---

<sup>14</sup> Secretaria Municipal de Educação, 2010 - Município de São José do Rio Pardo - SP.

<sup>15</sup> Relatórios mensais dos atendimentos realizados pelo CREAS, 2010/2011 – Município de São José do Rio Pardo - SP.

<sup>16</sup> Relatório de estatística e atendimento do Conselho Tutelar, 2011 e 1º semestre de 2012 – município de São José do Rio Pardo - SP.



Em 2011, seis crianças de zero a seis anos foram acolhidas sob medidas de proteção<sup>17</sup>.

Com relação aos serviços de Proteção Social Básica ofertados pelo município para crianças de zero a seis anos, verificamos junto aos Conselhos de Direito, CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social e o CMDCA – Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente que somente uma entidade está cadastrada para receber crianças de zero a seis anos, o Lar da Infância, que tem capacidade para atender até 90 crianças, mais ainda não responde aos critérios estabelecidos pela Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais<sup>18</sup>.

### **3 O CRAS – VALE DO REDENTOR E OS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS E SUAS FAMÍLIAS**

#### **3.1 Território de abrangência do CRAS – Vale do Redentor**

O município de São José do Rio Pardo é de médio porte e apresenta nível de habilitação no SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Na Proteção Social Básica possui um CRAS que está referenciado para o atendimento de 5.000 famílias/ano e tem capacidade para o atendimento de 1.000 famílias/ano (NOB-SUAS)<sup>19</sup>.

O CRAS – Vale do Redentor foi implantado em 5 de fevereiro de 2005, está localizado à Rua Alexandre Machitte, nº 33, no bairro Vale do Redentor

---

<sup>17</sup> Dados fornecidos pelo CREAS referentes às medidas de proteção/ acolhimento, 2011 - Município de São José do Rio Pardo - SP.

<sup>18</sup> Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, resolução nº109, de 11 de novembro de 2009, documento que organiza os serviços socioassistenciais por nível de complexidade do SUAS, de forma padronizada de modo a evidenciar a sua principal função e os seus usuários.

<sup>19</sup> MDS. Norma Operacional Básica (NOB/SUAS). Construindo as Bases para implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, DF, 2005.

II. Segundo estimativas do IBGE – 2010 aproximadamente 12. 568 habitantes residem na área de sua abrangência.

Dada a extensão e abrangência do território do CRAS, este é referência no atendimento às famílias de nove bairros: Vale do Redentor I, Vale do Redentor II, Vale do Redentor III, Vale do Redentor IV, Santo Antônio, Natal Merli, Jardim Nova Esperança, Jardim São Bento e Dionísio Guedes Barreto.

Segundo informações do Setor de Habitação do município, todos os bairros foram formados através de programas habitacionais (CDHU – Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo e Cohab – Companhia de Habitação Popular de Campinas – SP), e as primeiras famílias vieram ocupar a região há mais ou menos 30 anos. O mais recente dos bairros é o Dionísio Guedes Barreto, cujas unidades habitacionais foram entregues às famílias pela CDHU no mês de agosto de 2010.

O território de abrangência do CRAS, embora vasto, apresenta infraestrutura adequada com asfalto, iluminação, abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo. Dispõe também de outros equipamentos públicos, como praças, pontos de ônibus, guarda municipal, clube de recreação e esporte, um campo de futebol, posto de saúde, escolas e creches.

A população encontra no território vários serviços para sua manutenção, como pequenas mercearias, padarias, açougue, quitandas, lanchonetes, *lan house*, farmácias, salões de cabeleireiro, pequenas lojas de roupas e calçados, um centro comercial, quatro supermercados, oficinas mecânicas, borracheiros, dois postos de gasolina, pequenos comércios e pequenas empresas. Também conta com igrejas católicas, evangélicas, protestantes e um centro espírita.

### **3.1.1 Serviços socioassistenciais no território**

Na área de abrangência do CRAS as crianças de zero a seis anos são atendidas nos serviços de Saúde, Educação e Assistência Social.

Na área da Saúde, o território possui cobertura do ESF – Estratégia de Saúde da Família, com exceção do bairro Santo Antônio, que utiliza os serviços do Ambulatório de Pediatria localizado na região central do município.

A ESF está localizada no bairro Vale do Redentor II e é referência no atendimento de 2.447 famílias. Recebe 595 crianças com até seis anos de idade; na puericultura acompanha 239 crianças, e as principais doenças que as atingem são: respiratórias, diarreias e doenças da pele. Realiza o acompanhamento de 45 gestantes, das quais sete são adolescentes. Para a equipe do ESF os principais dificultadores no trabalho com a família é a adesão aos Programas de Prevenção e Promoção à Saúde, responsabilidade da família com a criança, as diversas formas de estrutura familiar e a baixa escolaridade dos pais<sup>20</sup>.

Na área de Educação, o território possui três creches (sendo duas da rede municipal e uma da rede privada), duas EMEIs – Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental.

A Creche Municipal Alice Vilela está localizada no bairro do Vale do Redentor IV e é referência somente no atendimento das famílias do próprio bairro. Atende crianças de seis meses a quatro anos de idade com capacidade de 68 vagas atualmente preenchidas. O atendimento é integral, sendo disponibilizados três profissionais (uma professora e duas assistentes/cuidadoras) para o atendimento dos berçários (maternal/minimaternal) e três profissionais (uma professora e duas assistentes de apoio) para cada fase. Das crianças atendidas, cinco foram consideradas pela creche em situação de vulnerabilidade, sendo a negligência de cuidados (higiene, alimentação, fragilidade no vínculo familiar) o principal fator de risco<sup>21</sup>.

A Creche Municipal Maria França Torres está localizada no bairro Vale do Redentor II e é referência para o atendimento das crianças dos demais bairros do território. Cuida de crianças de seis meses a quatro anos, com capacidade de 95 vagas. Atualmente está atendendo 122 crianças e possui 75 crianças na lista de espera por vaga. O atendimento é integral, sendo disponibilizados três profissionais (uma professora e duas assistentes/cuidadoras) para o atendimento dos berçários (maternal/minimaternal) e três profissionais (uma professora e duas assistentes de apoio) para cada fase. Das crianças atendidas 22 foram consideradas pela creche em situação de vulnerabili-

---

<sup>20</sup> Planilha de atendimento 2012 - ESF I e II do bairro Vale do Redentor.

<sup>21</sup> Creche Municipal Alice Vilela, 2012.

dade, sendo a negligência de cuidados (higiene, alimentação, fragilidade no vínculo familiar) o principal fator de risco<sup>22</sup>.

As creches municipais trabalham com as famílias através da Escola de Pais, que são atividades socioeducativas desenvolvidas pelos profissionais da creche com as famílias abordando temas referentes ao Desenvolvimento Infantil, porém ambas as creches relataram o pouco interesse dos responsáveis/pais por esses encontros.

A Creche Francisco de Assis é filantrópica, está localizada no bairro Santo Antônio e é referência no atendimento de todo o território do CRAS. Conta com crianças de quatro meses a seis anos de idade e tem 130 vagas atualmente preenchidas. O atendimento é integral, sendo disponibilizados quatro profissionais (uma professora e três assistentes/cuidadoras) para atendimento nos berçários (maternal/minimaternal) e três profissionais (uma professora e duas assistentes de apoio) para o atendimento nas fases 1 e 2. Das crianças atendidas, uma foi considerada pela creche em situação de vulnerabilidade, sendo a negligência de cuidados (higiene, alimentação, fragilidade no vínculo familiar) o principal fator de risco. Com relação ao trabalho com as famílias, a creche trabalha temas relacionados ao desenvolvimento infantil nas reuniões mensais com os pais.<sup>23</sup>

As Emeif São Judas Tadeu e São Francisco estão localizadas nos bairros Vale do Redentor II e Vale do Redentor III, respectivamente, e atendem 200 crianças de quatro, cinco e seis anos matriculadas no Ensino Infantil.<sup>24</sup>

O território conta também com o trabalho realizado pela Pastoral da Criança com sede no Salão Social da Igreja São Judas Tadeu, que realiza o acompanhamento de gestantes e crianças de zero a seis anos de idade. Segundo informações das líderes da pastoral, neste ano de 2012, 13 gestantes estão sendo acompanhadas através de visitas mensais das líderes da pastoral, 37 famílias com crianças de até seis anos estão cadastradas e destas 52 crianças estão sendo acompanhadas mensalmente no peso/estatura. Das crianças atendidas 28 foram consideradas pela pastoral em situação de vulnerabilida-

---

<sup>22</sup> Creche Municipal Maria França Torres, 2012.

<sup>23</sup> Creche Francisco de Assis, 2012.

<sup>24</sup> Secretária Municipal de Educação, 2012.

de, sendo a negligência de cuidados (higiene, alimentação, fragilidade no vínculo familiar) o principal fator de risco.<sup>25</sup>

A Pastoral da Criança trabalha com as famílias através das visitas domiciliares e os encontros mensais para as gestantes e do peso para as crianças; para as líderes da Pastoral a maior dificuldade é a adesão dos responsáveis/pais aos encontros e percorrer o território para localizar e acompanhar as famílias de risco.

### **3.2 CRAS – Vale do Redentor**

O CRAS – Vale do Redentor, embora tenha sido inaugurado no ano de 2005, ainda não atende as exigências preconizadas pela NOB – RH/SUAS.<sup>26</sup>

Quanto à localização, a sede do CRAS – Vale do Redentor está próxima dos demais serviços que as famílias utilizam, porém o prédio é alugado pela Prefeitura Municipal e o espaço físico não atende às exigências estabelecidas pela NOB–RH/SUAS para o número de famílias referenciadas.

O CRAS – Vale do Redentor funciona de segunda a sexta-feira, oito horas diárias, mas sem a presença de equipe técnica em tempo integral para o atendimento das famílias.

Com relação à equipe de referência do CRAS – Vale do Redentor, este não dispõe ainda da equipe mínima preconizada pela NOB – RH/SUAS com relação aos municípios de médio porte. Atualmente a equipe é formada por uma recepcionista com carga horária de 30 horas, um auxiliar de limpeza com carga horária 30 horas, um assistente social com carga de 30 horas, dois psicólogos (sendo um com carga horária de 20 horas e outro de 30 horas) e uma orientadora social com carga horária 30 horas; com exceção da orientadora social, todos são servidores municipais efetivos. O CRAS – Vale do Redentor não possui nenhum dos profissionais com a função de coordenador.

Sobre os serviços prestados pelo CRAS – Vale do Redentor, às crianças de zero a seis anos, além do acompanhamento das condicionalidades do Pro-

---

<sup>25</sup> Pastoral da Criança do bairro Vale do Redentor, 2012.

<sup>26</sup> MDS. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB RH/ SUAS) Brasília. DF, 2007.

grama Bolsa Família, é ofertado o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, extensivo a suas famílias.

O serviço visa oferecer atividades conjuntas com crianças e seus familiares, de forma a fortalecer os vínculos afetivos, identificar as vulnerabilidades sociais e prevenir a ocorrência de situações de risco. Trabalha-se com atividades lúdicas, que fazem do brincar uma forma privilegiada de expressão, interação e proteção social. Esses encontros acontecem duas vezes na semana, com carga horária de três horas, no espaço Lúdico (Brinquedoteca) do CRAS – Vale do Redentor, com capacidade para atender 15 famílias por grupo. Para executar esse serviço, é necessária a presença de um técnico de referência do CRAS e a contratação de uma orientadora lúdica para acompanhamento das crianças/famílias.

Atualmente esse serviço não está sendo ofertado por falta da contratação de uma orientadora lúdica, havendo grupos aguardando o retorno das atividades.

### **3.2.1 As famílias com crianças de zero a seis anos**

O universo da presente pesquisa é constituído pelas famílias com crianças de zero a seis anos atendidas pelo CRAS – Vale do Redentor, através do Programa Bolsa Família.

Das 1.789 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família atendidas pelo município, 542 residem na área de abrangência do CRAS – Vale do Redentor, o que representa 30,3% das famílias do município referenciadas a esse serviço.

No território do CRAS – Vale do Redentor, das 542 famílias referenciadas, 195 possuem crianças de zero a seis anos de idade.

Com relação às 195 famílias, alvo desta pesquisa, verificamos que elas estão localizadas nos seguintes bairros: oito no bairro Vale do Redentor I; 42 no Vale do Redentor II; 14 no Vale do Redentor III; 37 famílias no Vale do Redentor IV; 31 famílias no Santo Antônio; 32 no Natal Merli; 18 no Dionísio Guedes Barreto; sete famílias no Jardim Nova Esperança; e seis famílias no Jardim São Bento, conforme a tabela a seguir.

LOCAL DE MORADIA		
Localização	Número	%
Vale do Redentor I	8	4,1
Vale do Redentor II	42	21,5
Vale do Redentor III	14	7,17
Vale do Redentor IV	37	19
Santo Antônio	31	16
Natal Merli	32	16,4
Dionísio G. Barreto	18	9,2
Jd. Nova Esperança	7	3,6
Jd. São Bento	6	3,03
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100%</b>

Quanto ao número de pessoas que compõem a família, como apresentado na tabela a seguir, 10,25% são formadas por duas pessoas, 32,3% com três pessoas, 27,2% com quatro pessoas, 19% com cinco pessoas, 7,7% com seis pessoas, 2,05% com sete pessoas, 1,0% com oito pessoas e 0,5% com nove pessoas. O que significa que as famílias não são numerosas; somente 11,25% têm entre seis e nove pessoas compondo a família.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR		
Nº de membros	Número	%
2	20	10,25
3	63	32,3
4	53	27,2
5	37	19
6	15	7,7
7	4	2,05
8	2	1,0
9	1	0,5
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Conforme a tabela Organização Familiar, 46,2% das famílias são monoparentais e matrifocais, 49,2% têm a presença do casal (pai e mãe) e 4,6% são famílias que têm os avós como responsáveis pela manutenção da família. Dos 46,2% das mulheres que cuidam sozinhas de seus filhos, todas estão na

faixa etária de 20 a 35 anos; e dos casais, todos estão na faixa etária de 20 a 42 anos de idade. Na maioria das famílias os responsáveis têm entre 20 e 30 anos, podendo-se considerá-las famílias jovens. Dentre os adultos, temos 195 mulheres e 96 homens.

ORGANIZAÇÃO FAMILIAR		
Responsável Legal	Número	%
Monoparentais e matrifocais	90	46,2
Casal	96	49,2
Avós	9	4,6
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Na questão habitacional, as residências possuem de quatro a cinco cômodos, a maioria composta por sala, dois quartos, cozinha e banheiro. Há também parte das famílias residindo em cômodos construídos de forma irregular nos fundos da residência de familiares.

Das famílias em questão, 30,7% residem em casa própria, 30,3% em casa alugada e 39% em casa cedida por familiares, ou seja, uma residência e/ou cômodos construídos nos fundos da residência dos familiares. As mães que residem sozinhas com o(s) filho(s) e os casais jovens são as que estão nas casas cedidas, – conforme tabela a seguir.

MORADIA		
Casa	Número	%
Própria	60	30,7
Alugada	59	30,3
Cedida	76	39
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

No que se refere à escolaridade, dos 291 adultos que compõem as famílias, 1,3% são analfabetos, 13,5% não completaram até o 5º ano do Ensino Fundamental, 3,4% têm o 5º ano completo, 2,4% têm o Ensino Fundamental completo, 40% têm do 6º ao 9º ano incompletos, 18,8% com Ensino Médio incompleto e 20,6% com o Ensino Médio completo – conforme tabela a seguir.



ESCOLARIDADE		
Grau de instrução	Número	%
Analfabeto	4	1,3
4ª série incompleta	38	13,5
4ª série completa	10	3,4
Fundamental Completo	7	2,4
5ª a 8ª série incompleta	117	40
Ensino Médio incompleto	55	18,8
Ensino Médio completo	60	20,6
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>100</b>

Com relação à renda familiar, todas as famílias apresentam renda *per capita* inferior a R\$ 140,00, critério estabelecido pelo Governo Federal para conceder o benefício do Programa Bolsa Família. Na tabela a seguir, das 195 famílias, 37% declaram não ter rendimento, 45% declaram trabalhos temporários/informais/sem vínculo empregatício com renda mensal de R\$ 300,00 a R\$ 700,00 e 18% declaram ter trabalho com vínculo empregatício, aposentadoria e ou benefício da Previdência Social com renda mensal de um salário mínimo. Os trabalhos temporários/informais mais encontrados são: trabalho na lavoura, servente de pedreiro, pintor, frentista, doméstica, diarista, coletor de material reciclável, entre outros.

RENDA FAMILIAR		
Valor declarado	Número	%
Sem rendimento	72	37
R\$ 300,00 a R\$ 700,00 (sem vínculo empregatício)	88	45
1 salário mínimo	35	18
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

### 3.2.2 As crianças de zero a seis anos atendidas

Na pesquisa com as 195 famílias com crianças de zero a seis anos consideramos o universo daquelas nascidas entre 2006 a 2011, sendo 246 o número total delas. Dessas, 46 têm seis anos de idade, 50 têm cinco anos, 48 têm

quatro anos, 59 têm três anos, 27 têm dois anos e 16 têm um ano de idade, sendo 126 meninos e 120 meninas – conforme tabela a seguir.

FAIXA ETÁRIA		
Idade	Número	%
6	46	18,7
5	50	20,4
4	48	19,5
3	59	24
2	27	10,9
1	16	6,5
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

A tabela a seguir apresenta o número de crianças de zero a seis anos por família; 148 delas possuem um filho, 43 famílias possuem dois e quatro famílias possuem três filhos.

NÚMERO DE CRIANÇAS		
Crianças	Família	%
01	148	75,9
02	43	22,05
03	04	2,05
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>100</b>

Com relação à escolaridade, 28,5% estão nas creches, 39% estão matriculadas na Educação Infantil e 32,5% permanecem com a família em casa – conforme tabela a seguir.

ESCOLARIDADE		
Unidade de Ensino	Número	%
Creche	70	28,5
Educação Infantil	96	39
Outro (permanece com a família)	80	32,5
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100</b>

No âmbito da saúde, no que concerne às condicionalidades do Programa Bolsa Família, todas as crianças estão com a vacinação e peso atualizados.

Nos prontuários de atendimento do CRAS, com relação às famílias envolvidas na pesquisa, as principais vulnerabilidades apresentadas aos seus técnicos de referência são: a falta de emprego, a dificuldade em prover as necessidades básicas da família, principalmente alimentos e energia elétrica, e conflitos no relacionamento familiar devido a falta de renda e/ou do uso/abuso do álcool e das drogas por algum membro da família.

Consequentemente, as vulnerabilidades que envolvem as crianças de zero a seis anos estão relacionadas às vulnerabilidades vivenciadas pelos seus responsáveis/cuidadores, principalmente a fragilidade no vínculo familiar, o que acarreta negligência nos cuidados necessários a essa faixa etária, a violência intrafamiliar e até mesmo o rompimento de vínculos.

Segundo informações dos atendimentos realizados pelo CREAS no ano de 2011, das 52 famílias atendidas, 13 delas com crianças de zero a seis anos são do território do CRAS, sendo 19 o número de crianças acompanhadas por terem sofrido algum tipo de violência doméstica.

Nos dados do Conselho Tutelar (Estatística de Atendimento 2011/1º semestre de 2012), das 300 crianças de zero a seis anos atendidas, 80 pertencem ao território do CRAS, representando 26,66% dos atendimentos realizados.

Das seis crianças de zero a seis anos acolhidas com medida de Proteção no Educandário São José, três são do território de abrangência do CRAS.

O levantamento realizado pelas creches e pela Pastoral da Criança registra 56 famílias que apresentam crianças em situação de vulnerabilidade.

## **4 ORGANIZANDO A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA PARA O ATENDIMENTO INTEGRAL DAS CRIANÇAS DE ZERO A SEIS ANOS**

### **4.1 Análises dos dados coletados pela pesquisa**

O município de São José do Rio Pardo ainda apresenta indicadores sociais negativos com relação ao atendimento da primeira infância, com destaque para as taxas de mortalidade infantil e neonatal.

O município conta apenas com uma unidade neonatal administrada pela Santa Casa de Misericórdia, a qual não possui UTI Neonatal, o que coloca em risco a vida dos recém-nascidos, principalmente os prematuros, por não dispor de estrutura adequada de equipamentos e profissionais treinados para atender situações de emergência.

Verificamos ainda que nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social o município conta com serviços para o atendimento das gestantes, recém-nascidos e crianças com até seis anos, porém realizam isoladamente e de forma setorial as ações. Não há integralidade e articulação entre os serviços, e por isso não temos uma Rede formalizada para o atendimento integral às crianças de zero a seis anos.

Também foi verificada a falta de investimento em projetos e programas com foco na Promoção do Desenvolvimento Infantil, não tendo sido encontrado nenhum registro nos Conselhos Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, com exceção dos financiados pelos Governos Estadual e Federal; nenhuma ação é realizada pelo município e setor privado.

A existência de informações e conhecimentos sobre o Desenvolvimento Infantil ainda não está sendo disponibilizada à população de forma adequada e não alcança atenção das atuais políticas públicas.

#### **4.1.1 Diagnóstico da Rede de Proteção Social Básica para o atendimento integral das crianças de zero a seis anos**

Antes de organizar o diagnóstico da Rede de Proteção Social Básica de atendimento integral às crianças de zero a seis anos do território do CRAS – Vale do Redentor, é necessário explicar como o CRAS deve realizar o atendimento integral na Proteção Social Básica.

O CRAS tem como função específica ofertar o Paif – Programa de Atendimento Integral à Família –, que é o principal programa de Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas).

O Paif desenvolve ações e serviços básicos continuados para famílias em situação de vulnerabilidade social da unidade do CRAS. É ofertado por meio dos serviços socioassistenciais, socioeducativos e de convivência, voltados

para as famílias, seus membros e indivíduos, conforme necessidades identificadas no território.<sup>27</sup>

Para realização do trabalho integral com famílias e indivíduos, o Paif apresenta as seguintes diretrizes metodológicas: articular o conhecimento da realidade das famílias com o planejamento do trabalho; potencializar a rede de serviços e o acesso aos direitos; valorizar as famílias em sua diversidade, valores, cultura, com sua história, trajetórias, problemas, demandas e potencialidades; potencializar a função de proteção e de socialização da família e da comunidade; e adotar metodologias participativas e dialógicas de trabalho com as famílias.<sup>28</sup>

Para seguir essas diretrizes, o CRAS necessita de uma ferramenta que identifique as dinâmicas sociais do território, ou seja, precisa utilizar constantemente a Busca Ativa.

A Busca Ativa refere-se à procura intencional, realizada pela equipe de referência do CRAS, das ocorrências que influenciam o modo de vida da população em determinado território. Tem como objetivo identificar as situações de vulnerabilidade e risco social, ampliar o conhecimento e a compreensão da realidade social para além dos estudos e estatísticas. Contribui para o conhecimento da dinâmica do cotidiano das populações (a realidade vivida pela família, sua cultura e valores, as relações que estabelece no território e fora dele); os apoios e recursos existentes, bem como seus vínculos sociais.<sup>29</sup>

Se as estratégias para realização da Busca Ativa estiverem de acordo com o preconizado, esse instrumento pode firmar-se com direção e princípio organizador do trabalho social com as famílias.

O diagnóstico do CRAS – Vale do Redentor para o atendimento integral das crianças de zero a seis anos na Proteção Social Básica apresenta as crianças residindo em nove bairros periféricos do município, com infraestrutura

---

<sup>27</sup> MDS. Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social: Orientações Técnicas para o Centro de Referências de Assistência Social, versão Preliminar, Brasília, DF, 2006- pp. 25 e 26.

<sup>28</sup> MDS. Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social: Orientações Técnicas para o Centro de Referências de Assistência Social, versão Preliminar, Brasília, DF, 2006- pp. 25 e 30.

<sup>29</sup> Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social- CRAS/ MDS– 1. Ed. – Brasília, 2009, p. 29.

e equipamentos públicos adequados e atendimento nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social.

Com relação à Saúde, conta com a cobertura de duas equipes de ESF, que demonstram dados positivos no acompanhamento das crianças, embora encontrem dificuldades no trabalho com as famílias.

Na área de Educação, dispõe de três creches e duas EMEIs para o atendimento às crianças; porém, com relação ao atendimento nas creches, verificamos uma demanda de 75 famílias aguardando vagas para as crianças na lista de espera.

Na Assistência Social, o CRAS – Vale do Redentor ainda não atende as exigências da NOB – RH/Suas quanto ao espaço físico para o atendimento das famílias e à equipe mínima de referência. Não realiza o Paif nas suas diretrizes e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de zero a seis anos não está sendo ofertado no momento por não ter o profissional de orientação lúdica para realização do trabalho com as crianças e suas famílias.

Com relação às famílias com crianças de zero a seis anos acompanhadas pelo CRAS – Vale do Redentor, 68,5% são compostas por quatro, cinco e/ou seis pessoas. Organizadas em parte por mães que cuidam sozinhas de seus filhos e em outra, pela presença do casal (pai e mãe), totalizam 95,4%. São consideradas famílias jovens, com a maioria dos adultos na faixa etária de 20 a 30 anos. Na questão habitacional, 69,3% das famílias não têm moradia própria e com relação à escolaridade somente 2,4% têm o Ensino Fundamental Completo e 20,6% completaram o Ensino Médio.

Sobre a renda familiar, verificamos que 37% declaram não possuir rendimento, e das famílias que apresentam algum rendimento nenhuma ultrapassa o valor de um salário mínimo.

Para que o CRAS – Vale do Redentor na gestão territorial tenha uma rede de Proteção Social Básica formalizada para o atendimento integral das crianças de zero a seis anos é necessário:

- a) contar com um CRAS de qualidade, que considere os recursos humanos como a principal ferramenta do Suas. É necessário ter uma equipe completa em que os profissionais sejam colocados nas funções segun-

- do o seu perfil, de forma a assegurar que sejam valorizados, capacitados e orientados;
- b) conseguir executar o Paif atendendo todos os seus pressupostos e diretrizes metodológicas de trabalho com famílias e indivíduos;
  - c) possuir espaço físico adequado para o atendimento das famílias e equipamentos para a realização da Busca Ativa;
  - d) reconhecer a importância do território e das redes sociais no planejamento, organização e na oferta dos serviços socioassistenciais às famílias com crianças de zero a seis anos;
  - e) priorizar a participação da família na definição dos serviços, reconhecendo suas potencialidades no fortalecimento da proteção e inclusão social;
  - f) conduzir ações articuladas em redes intersetoriais com os demais serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica;
  - g) envolver e sensibilizar todos os serviços socioassistenciais presentes no território para que reconheçam a importância e os benefícios advindos dos cuidados à primeira infância.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises sobre os serviços de Proteção Social Básica às crianças de zero a seis anos e suas famílias no município de São José do Rio Pardo e no território do CRAS – Vale do Redentor expressam a necessidade de superação da desarticulação entre os diversos serviços de Saúde, Educação, Assistência Social e demais políticas públicas. Verifica-se pouco ou quase nenhum envolvimento e participação direta das famílias usuárias dos serviços, em desacordo com a perspectiva de ampliar seu protagonismo em direção à emancipação social e política.

Estamos vivendo em uma sociedade desigual e, nela, as novas expressões da questão social exigem mudança na condução da política social e da política econômica concentradora de riqueza. É necessário romper com modelos de políticas setoriais e segmentadas – tão presentes ainda nos serviços públi-

cos municipais. É indispensável organizar os serviços socioassistenciais em redes intersetoriais na direção de ações integradas em torno da criança, sua família e do território em que vivem, como eixo fundamental para a promoção do desenvolvimento infantil.

É nesse contexto e com a responsabilidade pela gestão territorial que o CRAS – Vale do Redentor é chamado a organizar a rede de Proteção Social Básica para o atendimento integral às crianças de zero a seis anos, mas agora com um instrumento imprescindível ao trabalho em rede: o Diagnóstico da Primeira Infância do território do CRAS – Vale do Redentor.

Realizar oficinas e grupos de trabalho para apresentação do diagnóstico aos serviços socioassistenciais do município, aos profissionais da rede de Proteção Social Básica do território e às famílias referenciadas ao CRAS é o primeiro passo na organização da rede, ou seja, no reconhecimento de que todos os serviços estão no território e pertencem ao coletivo comunitário e, portanto, devem atuar de forma integrada e articulada com o propósito de assegurar vínculos relacionais e de pertencimento, visando ao fortalecimento da proteção e inclusão social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 out. 1988. Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social, Lei Federal nº 8745, de 7 dez. 1993, publicada no Diário Oficial da União, de 8 dez., 1993. Brasília, DF, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social: orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social, versão preliminar. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para crianças de até 06 anos e suas famílias. Departamento de Proteção Social Básica, versão preliminar. Brasília, 2010.



\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica: NOB/SUAS. Construindo as bases para implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília: SEDH/MDS/CONANDA, 2006.

\_\_\_\_\_. CNAS. Res.nº109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; publicado no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

Carvalho MCB, organizadora. A Família Contemporânea em debate. 6ªed. – São Paulo: EDC/Editora Cortez; 2003.

Cypel S, organizador. Fundamentos do Desenvolvimento Infantil: da gestação aos 3 anos. – São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.

Cypel LRC. O Trabalho dos Profissionais com famílias de crianças de 0 a 3 anos. Fascículo: Construindo o Desenvolvimento Infantil referente à Capacitação Famílias Grávidas e Adolescentes Grávidas. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. p.2.

Feuerwerker L, organizadora. Divulgação em Saúde para Debate. In: Intersetorialidade na Rede Unida. Rio de Janeiro; 2000. n.22, p.25-35.

Kaloustian SM, organizadora. Família Brasileira, a base de tudo. 9.ed. Brasília: UNICEF. Editora Cortez; 2010.

Young ME, organizadora. Do Desenvolvimento da Primeira Infância ao Desenvolvimento Humano: investindo no futuro de nossas crianças; tradução Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.

Young ME, Richardson LM. Desenvolvimento da Primeira Infância: da avaliação à ação: uma prioridade para o crescimento e a equidade. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.

## ANEXOS

### FORMULÁRIOS DE PESQUISA

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos e suas famílias no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Secretaria Municipal de Saúde**

Dado sobre o aleitamento materno exclusivo: \_\_\_\_\_% de 2010.  
Fonte: \_\_\_\_\_.

Informações sobre o GAM: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de consultas de puericultura em menores de 1 ano: \_\_\_\_\_ e 1 a 4 anos. \_\_\_\_\_  
Fonte: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Cobertura Vacinal: \_\_\_\_\_ Fonte: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

O Conselho Municipal de Saúde tem em seu cadastro algum programa ou projeto específico para o atendimento às crianças de zero a seis anos – Promoção do Desenvolvimento Infantil?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Dados coletados na data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a 6 anos no território do CRAS – Vale do Redentor Creche Francisco de Assis**

Número/capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças por assistente/cuidador: \_\_\_\_\_

Número de crianças na lista de espera por vaga: \_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar \_\_\_\_\_. Cite as principais causas.

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Creche com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Creche Municipal Maria França Torres**

Número/capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças por assistente/cuidador: \_\_\_\_\_

Número de crianças na lista de espera por vaga: \_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar \_\_\_\_\_. Cite as principais causas.

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Creche com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Creche Municipal Alice Vilela**

Número/capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças por assistente/cuidador: \_\_\_\_\_

Número de crianças na lista de espera por vaga: \_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar \_\_\_\_\_. Cite as principais causas. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Creche com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a 6 anos no território do CRAS – Vale do Redentor Emeif – São Judas Tadeu**

Número/ capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar. Cite as principais causas. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Emeif com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Emeif – São Francisco**

Número/capacidade de atendimento: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar \_\_\_\_\_. Cite as principais causas. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Emeif com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do Diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Sais – Sec. Municipal de Assistência e Inclusão Social – Programa Bolsa Família**

Número de famílias no Cadastro Único: \_\_\_\_\_

Número de famílias atendidas com o Programa Bolsa Família: \_\_\_\_\_

Número de famílias referenciadas no território do CRAS: \_\_\_\_\_

Número de famílias com crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_

Número de famílias com crianças de zero a seis anos no território de CRAS: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos no território do CRAS: \_\_\_\_\_

Perfil das famílias referenciadas pelo CRAS:

Composição Familiar: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Moradia: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Número de Filhos com até seis anos: \_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.



**Pesquisa para elaboração do Diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Creas**

Número de famílias referenciadas: \_\_\_\_\_

Faixa etária das crianças atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças de zero a seis anos atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos acolhidas – medida de proteção: \_\_\_\_\_

Número atendimento das crianças de zero a seis anos que pertencem ao território de CRAS:  
\_\_\_\_\_

Cite as principais causas de violência contra a criança (tipos de violência): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pelo CREAS com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do Diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Conselho Tutelar**

Número de famílias atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças de zero a seis anos atendidas: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos do território do CRAS: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos acolhidas – medida de proteção: \_\_\_\_\_

Cite as principais causas de notificações com relação a crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pelo Conselho Tutelar com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**Pastoral da Criança do bairro Vale do Redentor**

Número total de famílias atendidas: \_\_\_\_\_

Número total de crianças de zero a seis anos atendidas: \_\_\_\_\_

Número de gestantes acompanhadas: \_\_\_\_\_

Número de gestantes adolescentes: \_\_\_\_\_

Número de crianças com baixo peso: \_\_\_\_\_

Número de crianças com sobre peso: \_\_\_\_\_

Cite os principais problemas de saúde com relação a crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Pastoral da Criança com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_.

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

**Pesquisa para elaboração do diagnóstico do atendimento de crianças de zero a seis anos no território do CRAS – Vale do Redentor**

**ESF – Vale do Redentor**

Número de famílias referenciadas: \_\_\_\_\_

Número de famílias com cobertura do ESF: \_\_\_\_\_

Número de crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_

Número de crianças acompanhadas na (Puericultura): \_\_\_\_\_

Número de gestantes: \_\_\_\_\_

Número de gestantes adolescentes: \_\_\_\_\_

Número de crianças com baixo peso: \_\_\_\_\_

Número de crianças com sobre peso: \_\_\_\_\_

Cobertura de vacinas: \_\_\_\_\_

Cite as principais doenças que atingem as crianças de zero a seis anos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de crianças em situação de vulnerabilidade: \_\_\_\_\_

Número de notificações ao Conselho Tutelar: \_\_\_\_\_. Cite as principais causas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de crianças atendidas com o Programa Viva Leite: \_\_\_\_\_

Quais os principais problemas vivenciados pela Pastoral da Criança com relação ao atendimento criança/família/casa/comunidade? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Considerações relevantes com relação ao atendimento das crianças de zero a seis anos e suas famílias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dados referentes ao ano de \_\_\_\_\_

Responsável pelas informações: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/2012.



## Capítulo 3

### Aleitamento materno: capacitação em aconselhamento para agentes comunitários de saúde

Claudia Rodrigues Carmona Slavez

Elizabeth Fujimori (orientadora)

Claudia Nery Teixeira Palombo (co-orientadora)



## Capítulo 3

# ALEITAMENTO MATERNO: CAPACITAÇÃO EM ACONSELHAMENTO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Claudia Rodrigues Carmona Slavez

Elizabeth Fujimori (orientadora)

Claudia Nery Teixeira Palombo (co-orientadora)

## 1 INTRODUÇÃO

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV), de caráter familiar, desde 2006 decidiu investir em ações programáticas com foco no desenvolvimento infantil, motivada pelas crescentes evidências científicas sobre os benefícios do cuidado no desenvolvimento da primeira infância. Os primeiros anos de vida do ser humano são o marco que vai traçar as bases para toda a vida psíquica e mental. As primeiras experiências, como nutrição, cuidados, estímulos, têm um impacto decisivo na arquitetura do cérebro e na natureza e qualidade das capacidades do ser humano. As experiências de vida do bebê, positivas ou negativas, determinarão a trama de seu cérebro nas zonas específicas previstas pelos genes e influenciarão seu desenvolvimento adequado (Cypel, 2011).

Desde 2009, o município de Penápolis, SP, em parceria com a FMCSV, vem desenvolvendo o Programa *Primeiríssima Infância*, que tem por objetivo o desenvolvimento infantil integral e integrado das crianças de zero a três anos.

As ações têm caráter intersetorial e multiprofissional, envolvendo a participação dos serviços sociais, de saúde e educação do município. O programa atua no cuidado físico, psíquico e social das famílias durante todo o ciclo gravídico-puerperal, estendendo-se às crianças até três anos de idade, com o objetivo de promover melhores condições de vida para a criança e seus familiares. Dentre as diversas atividades realizadas no município, destaca-se a *Semana do bebê*, realizada sempre no mês de agosto, em comemoração à Semana Mundial do Aleitamento Materno. Essa atividade caracteriza-se por ações descentralizadas que mobilizam toda a sociedade civil, o setor público e o terceiro setor, em prol do desenvolvimento infantil. O grande diferencial dessas atividades é o enfoque dado à humanização das relações com as gestantes, famílias e as crianças. Os resultados obtidos são muito positivos, com grande repercussão na comunidade para a importância da promoção do desenvolvimento infantil.

Considerando o aleitamento materno como ação importantíssima para o desenvolvimento infantil saudável, iniciativas de promoção a essa prática devem ser prioritárias dentro das políticas públicas de cuidado à saúde da criança.

Acredita-se que o treinamento específico aos profissionais de toda a rede de assistência à saúde é fundamental para efetivar esse trabalho.

Assim, o profissional de saúde precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, integral e contextualizada a cada mulher, auxiliando-a na superação de seus medos, dificuldades e inseguranças, e aumentando a adesão à prática do aleitamento materno (Brasil, 2009a).

O Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado em ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctica da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (ANVISA, 2008).

Organizar e promover atividades educativas para agentes comunitários de saúde em parceria com o BLH do município fortalece esses profissionais para lidar com os problemas mais frequentes relacionados ao aleitamento materno (Ferreira, 2004).



Tendo em vista essas considerações, este estudo tomou como objeto a capacitação dos agentes comunitários de saúde em aconselhamento sobre aleitamento materno como instrumento de promoção do desenvolvimento infantil.

## **1.1 O aleitamento materno**

Evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona inúmeras e inegáveis vantagens à criança, sua mãe, família e sociedade (Brasil, 2004).

A amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta (OMS, 1989, 2001; Brasil, 2009b).

Por sua complexidade biológica é uma substância viva, com atividade protetora e imunomoduladora, proporciona à criança proteção contra infecções e alergias e estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico e a maturação do sistema digestivo e neurológico (Akré, 1994; Rego, 2001).

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e principalmente no seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

A proximidade entre mãe e filho favorece os comportamentos interativos, propiciados pela troca de olhares, o contato visual expressa mais afeto positivo, desperta a sensibilidade para os comportamentos do bebê, favorece o aleitamento materno, é importante fator capaz de facilitar o estabelecimento de uma sensibilidade materna mais favorável, sendo de fundamental importância o incentivo nas primeiras horas após o parto (Alfavaya et al., 2005).

Alimentar-se e viver, o que se chama amamentação, é o mundo inteiro para o recém-nascido, a fonte de suas relações com o meio privilegiado pelo qual estabelece contato emocional, nutrindo seu corpo e mente. A amamen-

tação não é meramente orgânica, é o momento em que o bebê é provido de um conjunto de sinais de presença materna que implica o desejo da mãe e constitui uma experiência de satisfação e prazer para ambos, estabelece um vínculo que favorecerá o crescimento mútuo e o desenvolvimento da capacidade de resiliência em ambos (Cypel, 2011).

Sabe-se que as vantagens da amamentação não envolvem somente o bebê. Para a mãe, a redução do peso adquirido na gestação, redução de hemorragias pós-parto, redução do risco do câncer de mama e ovário, método contraceptivo até o sexto mês de vida, entre outras. Para a família e a sociedade, a economia de gastos com outros alimentos para o bebê, além dos problemas que envolvem a criança que adoece, como medicação, afastamento dos pais do trabalho, etc.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais para reduzir a taxa de mortalidade infantil, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão ainda aquém do patamar considerado muito bom pela ONU, que é de 90% a 100% das crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo (Brasil, 2009a).

Entretanto, pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2009 aponta melhora no tempo médio de aleitamento materno, que aumentou de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008; nas capitais brasileiras, a média de crianças menores de seis meses de idade em aleitamento materno exclusivo foi de 41%, passando de 23,4 dias para 54,1 dias (Brasil, 2009b).

Pode-se dizer que essa mudança está diretamente relacionada ao investimento das Políticas de Saúde no apoio e incentivo ao aleitamento materno através de campanhas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses e sua manutenção até os dois anos de vida, promoção da amamentação na primeira hora após o parto, alojamento conjunto, implantação do “método canguru”, entre outras. O apoio da legislação também contribuiu para melhora da adesão ao aleitamento, como aumento do período de licença maternidade, direito à garantia de emprego, direito a pausas para amamentar e com maior fiscalização na comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância (Brasil, 2011).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil foi reduzida praticamente pela metade (47%) na última década. Em 2000 eram 29,7 óbitos para cada mil bebês nascidos vivos; em 2010 esse índice caiu para 15,6 para cada mil bebês nascidos vivos, atingindo assim os índices de redução definidos no acordo internacional pela ONU, que prevê uma taxa de 15,7% no país em 2015 (Brasil, 2011).

Sendo assim, a equipe da saúde tem como papel primordial acompanhar a nutriz e a criança nos cuidados com a saúde integral, com orientações sobre o aleitamento materno, alimentação saudável e educação nutricional, identificar de que forma a mãe planeja alimentar o filho até os dois anos de idade ou mais.

Observar a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe durante a amamentação, a posição da criança, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas, presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas e se existem dificuldades. Se a mãe apresenta ingurgitamento mamário, mais comum do terceiro ao quinto dia após o parto, ensinar a auto-ordenha manual e orientar a adequada extração do leite do peito para doação a um Banco de Leite Humano. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação pelo médico ou banco de leite, assim como para grupos de apoio à amamentação. Se a mãe apresenta sinais de infecção no peito (mastite), mais comum a partir do 14.º dia após o parto, encaminhar imediatamente para atendimento de urgência em unidade especializada (Brasil, 2004).

A capacitação teórica-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica são de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Assim, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de apoio com o pediatra e demais profissionais).

Além de conhecimentos básicos e habilidades, o profissional de saúde também precisa ter competência para se comunicar com eficiência, o que se consegue mais facilmente utilizando-se a técnica do “aconselhamento”. O

aconselhamento não significa dizer o que o outro deve fazer, e sim, de forma empática e por meio de diálogo, ajudá-lo a tomar decisões (WHO, 1993).

A abordagem deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança com algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe/família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados (Brasil, 2004).

## **2 JUSTIFICATIVA**

O Banco de Leite Humano (BLH) da Santa Casa de Penápolis é referência para toda a região de Araçatuba e tem como principal objetivo a promoção do aleitamento materno, apoiando as mães no manejo da amamentação logo após o parto, no período de internação hospitalar.

Os profissionais do BLH realizam em média o atendimento de 144 puérras por mês e percebem que muitas delas apresentam um “despreparo” para amamentar seus bebês, mostram-se inseguras e encontram muitas dificuldades no manejo do aleitamento materno.

Diante dessa situação, faz-se necessária uma integração entre os serviços de saúde através de uma capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o aconselhamento em aleitamento materno para que eles possam atuar junto às famílias durante todo o período gravídico-puerperal na promoção, apoio e incentivo da amamentação, contribuindo para maior adesão do aleitamento materno e, sobretudo, para um desenvolvimento infantil saudável na primeira infância.

## **3 OBJETIVO**

Capacitar os agentes comunitários de saúde para o aconselhamento em aleitamento materno.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Trata-se de um estudo de intervenção, considerando como referencial teórico a educação permanente em saúde.

A educação permanente em saúde parte do pressuposto de que somente uma aprendizagem significativa é capaz de transformar as práticas profissionais, ou seja, a capacitação dos profissionais deve estar baseada em uma reflexão crítica sobre suas práticas cotidianas e articulada com o conjunto de redes sociais. Além disso, propõe-se também uma transformação da própria organização do processo de trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (Brasil, 2004b).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde no município de Penápolis.

Penápolis está localizada a 480 km da capital, noroeste do estado de São Paulo. É sede de uma Comarca com sete municípios – Alto Alegre, Avanhadava, Barbosa, Braúna, Glicério e Luiziana – e exerce influência sobre esse universo de quase 100 mil habitantes.

Segundo estimativas do IBGE (2011), a população é de 56.681 habitantes, dos quais 91%, aproximadamente, residem na zona urbana e o restante na zona rural. A densidade demográfica é de 74 habitantes/km .

A economia do município gira em torno da produção agropecuária, comércio e do setor sucroalcooleiro.

**Mapa 1** – Localização do município de Penápolis no estado de São Paulo

**Fonte:** [www.penapolis.sp.gov.br](http://www.penapolis.sp.gov.br).

A rede de serviços de saúde de Penápolis é constituída por 10 unidades mistas de saúde, ou seja, todas com atendimento da Estratégia Saúde da Família e com atendimento do modelo tradicional de atenção básica. Possui uma equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) que oferece cobertura para todas as equipes de saúde da família e um hospital que é referência para toda a região, ao qual se vincula o Banco de Leite Humano.

Em 2009, o município aderiu ao Programa de Desenvolvimento Infantil, proposto pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, elaborando o Projeto “Crianças Amadas, Adultos Seguros”. Dentre as ações propostas pelo projeto, destaca-se a capacitação de profissionais da saúde, educação e assistência social em temas relacionados ao desenvolvimento integral das crianças na primeira infância.

### **4.2.1 A Unidade de Saúde**

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde Macro III. A escolha dessa unidade deu-se pela articulação e envolvimento da equipe de saúde nas ações do Programa de Desenvolvimento Infantil do município.

A Unidade de Saúde Macro III, localizada no bairro Jardim Shangrilá, é uma unidade mista com duas equipes da Estratégia Saúde da Família. Possui 31 funcionários, sendo 4 médicos (clínico geral – 2; pediatra – 1; ginecologista – 1), 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde, 1 dentista, 1 técnico de higiene bucal, 1 farmacêutico, 1 auxiliar de farmácia, 2 estagiários de farmácia e 1 profissional para serviços gerais. A Macro III conta ainda com uma equipe NASF, composta por 1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 assistente social.

Dentre as atividades educativas desenvolvidas pela equipe da Macro III em parceria com o projeto “Crianças Amadas, Adultos Seguros”, destaca-se o Grupo de Gestantes. Essa atividade está articulada com o Banco de Leite Humano do município para apoio, incentivo e preparo das gestantes para a amamentação.

## **4.3 População do estudo**

A opção de capacitar o grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o aconselhamento sobre o aleitamento materno deu-se, sobretudo, pelo entendimento de que as equipes de saúde da família apresentam maiores chances de êxito para atividades educativas por sua inserção na comunidade, pelo conhecimento dos mitos e tabus locais sobre o tema e pelo envolvimento com as famílias.

Assim, de acordo com Caldeira et al. (2008), é preciso oferecer a esses atores sociais o conhecimento adequado que lhes proporcione segurança na transmissão de informações e os habilite para apoiar e oferecer o suporte necessário para as mães com dificuldades para amamentar.

A Unidade de Saúde Macro III possui 11 ACS distribuídos em duas equipes de saúde da família. Todos os ACS aceitaram participar livremente do estudo.

## 4.4 Procedimentos metodológicos

Inicialmente realizou-se uma reunião com os enfermeiros da unidade Macro III com a finalidade de apresentar a proposta de trabalho e verificar o interesse e a possibilidade da participação da equipe em participar.

Diante da manifestação de interesse dos profissionais, foi protocolada na Secretaria Municipal de Saúde de Penápolis e na Avape (empresa que administra a Estratégia Saúde da Família na região) uma autorização para o desenvolvimento do projeto (Anexo I).

A partir daí, o projeto foi desenvolvido em quatro etapas: caracterização da equipe e levantamento de necessidades; planejamento e divulgação da capacitação; capacitação propriamente dita; e avaliação. As etapas serão descritas a seguir:

### **1ª ETAPA: Caracterização da equipe e levantamento de necessidades**

Essa etapa consistiu na aplicação de um formulário composto por três partes (Anexo II):

- dados de identificação do ACS;
- experiências com o aleitamento materno;
- necessidades de conhecimento ou dúvidas sobre o aleitamento materno.

Os ACS foram orientados pela pesquisadora sobre os objetivos do estudo e sobre o preenchimento do formulário.

Essa etapa foi muito importante para o planejamento das atividades, pois, de acordo com a proposta da Educação Permanente em Saúde, o processo de capacitação dos profissionais deve ser estruturado a partir das suas necessidades e dos problemas reais da sua prática de trabalho (Brasil, 2004b).

### **2ª ETAPA: Planejamento e divulgação da capacitação**

A partir dos dados obtidos pelo formulário foi possível determinar os temas que deveriam ser abordados na capacitação. Então, elaborou-se um plano de trabalho a ser realizado com uma carga de 20 horas.

Para Sacristán (1996) apud Resende (2008) “(...) planejar implica elaborar, estudar a ação antes de realizá-la, marcando a direção a ser seguida. A



elaboração do plano de curso antecipado facilita a aplicabilidade, resultando, na prática, melhores resultados”.

A divulgação do curso foi realizada na própria Unidade de Saúde através de folder (Anexo III) e cartazes.

### **3ª ETAPA: Capacitação propriamente dita**

A capacitação foi realizada entre os dias 10 e 13 de julho de 2012, das 12h às 17h.

Para acomodação mais adequada da equipe foi utilizado o Centro de Educação Permanente (CEP) da Santa Casa de Penápolis.

Adotou-se uma metodologia participativa, com dinâmicas em grupo, sempre buscando facilitar as discussões e reflexões sobre as práticas cotidianas de trabalho com os temas abordados.

### **4ª ETAPA: Avaliação**

A avaliação foi realizada sob dois aspectos:

- a) conhecimento adquirido: através da aplicação de pré e pós-teste (Anexo IV);
- b) avaliação da capacitação quanto aos temas abordados, estratégias de ensino e sugestões (Anexo V).

## **4.5 Procedimentos ético-legais**

Foi protocolada na Secretaria Municipal de Saúde de Penápolis e na Avape uma autorização para o desenvolvimento do projeto (Anexo I).

Os Agentes Comunitários de Saúde foram informados detalhadamente sobre os objetivos da pesquisa e a liberdade de se recusar a participar foi assegurada sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu trabalho. Também foram garantidos o sigilo das informações colhidas e a privacidade dos sujeitos.

## **4.6 Sistematização e análise dos dados**

Os dados obtidos através dos formulários de identificação, pré e pós-teste, foram analisados quantitativamente em números absolutos e relativos. As questões abertas foram agrupadas em categorias para facilitar melhor análise.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A apresentação e a discussão dos resultados serão realizadas conforme as quatro etapas já descritas na metodologia.

Vale destacar que, embora a capacitação tenha sido direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde, houve interesse de outros profissionais da unidade Macro III, do BLH e da Maternidade da Santa Casa de Penápolis em participar das atividades.

Entretanto, neste trabalho serão apresentados somente os dados relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, conforme o objetivo do estudo.

### **1ª Etapa: Caracterização da equipe e levantamento de necessidades**

Nessa primeira etapa os Agentes Comunitários de Saúde preencheram um formulário com o objetivo de caracterização geral e levantamento de necessidades, descritos a seguir:

#### **a) Dados de identificação do funcionário**

Acredita-se que para melhor compreensão dos resultados obtidos faz-se necessário o conhecimento das características gerais da população em estudo.

Do total das 11 ACS da Unidade de Saúde Macro III, apenas sete puderam participar. Três funcionárias entraram de férias no período e uma não pôde participar por motivo de intercorrência administrativa.

O Quadro 1 apresenta com mais detalhes os dados de identificação das Agentes Comunitárias de Saúde segundo suas características gerais.

Observa-se que todas são do sexo feminino com idade entre 30 e 55 anos, todas casadas e com filhos com idades que variam entre 1 e 23 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, cinco tinham o Ensino Médio completo e duas, nível superior completo.

O tempo de trabalho como ACS variou de três meses a nove anos, e nenhuma relatou experiência anterior de trabalho na área da saúde.

**Quadro 1** – Distribuição das Agentes Comunitárias de Saúde segundo as características gerais

ACS	Equipe	Idade	Sexo	Estado Civil	Nº de Filhos	Idade dos filhos (anos)	Escolaridade	Tempo de trabalho nesta UBS
1	5	39	F	Casada	2	9 e 3	Ensino Médio	3 meses
2	4	54	F	Casada	1	12	Ensino Médio	2 anos
3	5	40	F	Casada	3	21, 18, 7	Ensino Médio	2 anos
4	5	36	F	Casada	2	13 e 1	Ensino Médio	9 anos
5	4	41	F	Casada	1	1	Ensino Médio	8 anos
6	5	55	F	Casada	3	23, 22, 20	Ensino Superior	8 anos
7	4	41	F	Casada	2	17 e 16	Ensino Superior	2 anos

Estudos como os de Coelho et al. (2004), Cotta et al. (2006), Caldeira et al. (2007) e Marzari et al. (2011) também encontraram resultados semelhantes quanto ao perfil dessa categoria profissional, entre eles a predominância do sexo feminino, idades entre 30 e 40 anos, casadas e com filhos.

Para Coelho et al. (2004) e Marzari et al. (2011) essas características podem favorecer a promoção do aleitamento materno, pois mais frequentemente esses profissionais passaram pela própria vivência pessoal da amamentação.

Quanto à experiência anterior de trabalho na área da saúde, não foi relatada qualquer experiência anterior, o que é esperado para essa categoria profissional. O ACS é um profissional oriundo da comunidade, deve exercer

uma liderança entre os seus pares, bem como apresentar aspectos de solidariedade e liderança. A necessidade de residir na própria comunidade e o conhecimento da realidade social que o cerca são critérios fundamentais para sua seleção, e não conhecimentos técnicos (Brasil 2002).

### **b) Experiência sobre amamentação**

Todas as participantes relataram experiência em amamentar os próprios filhos, o que, segundo Bueno e Teruya (2004), pode favorecer o apoio às gestantes e puérperas para essa prática, além de ser muito valiosa para a efetividade da amamentação e para a superação dos desafios.

Quanto ao treinamento formal em amamentação, a Tabela 1 demonstra a frequência das respostas das ACS.

Observa-se que apenas uma participante não recebeu treinamento específico sobre amamentação. Essa resposta refere-se à ACS com apenas três meses de trabalho na Unidade de Saúde.

**Tabela 1** – Distribuição da frequência das respostas sobre treinamento anterior sobre amamentação

<b>Treinamento anterior sobre amamentação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	6	85,71
Não	1	14,29
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

De acordo com o manual de contratação do ACS (Brasil, 2002), a capacitação desses profissionais deverá ser articulada com outros setores de desenvolvimento de recursos humanos e instituições formais de ensino. Deve ocorrer de forma gradual e permanente, renovando-se à medida que o trabalho vai sendo desenvolvido no dia a dia.

A Tabela 2 apresenta dados relativos à orientação sobre amamentação durante as visitas domiciliares.

A maioria (71,4%) referiu realizar orientações sobre amamentação durante suas visitas domiciliares. Entretanto, destaca-se que uma ACS **não fazia** esse tipo de abordagem e outra que referiu orientações esporádicas.

**Tabela 2** – Distribuição da frequência das respostas sobre a orientação do aleitamento materno durante as visitas domiciliárias

Orientação sobre aleitamento materno nas visitas domiciliárias	n	%
Sim	5	71,44
Não	1	14,28
Às vezes	1	14,28
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>

Infelizmente o instrumento aplicado não possibilitou o aprofundamento dessa questão, dificultando sua discussão.

Entretanto, pode-se observar na Tabela 3 que apenas uma ACS apresenta dificuldade na abordagem desse tema com as famílias por insegurança devido à falta de conhecimento suficiente.

**Tabela 3** – Distribuição da frequência das respostas sobre dificuldades na abordagem da amamentação com as famílias durante as visitas domiciliárias

Dificuldades na abordagem da amamentação com as famílias	n	%
Não tem dificuldade	6	85,71
Insegurança por falta de conhecimento	1	14,29
Resistência da família em aceitar informações	0	0
Outros	0	0

Outra observação diz respeito à resistência da família na aceitação de informações. Nenhuma família apresenta esse problema, o que talvez pudesse justificar o fato da **não orientação** ou da **orientação esporádica** das famílias sobre o aleitamento materno.

Estudo de revisão integrativa da literatura aponta que as orientações fornecidas à mulher durante o pré-natal são fundamentais para a manutenção do aleitamento materno (Demito et al, 2010). Portanto, essas ações devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde que realizam esse acompanhamento, principalmente pelo ACS que desenvolve suas atividades no âmbito familiar.

### c) Necessidades de conhecimentos sobre amamentação

Para que os temas abordados durante a capacitação estivessem de acordo com as necessidades das ACS, a terceira parte do formulário era composta por uma questão aberta: “Quais aspectos (temas) sobre amamentação você gostaria que fossem abordados nesse treinamento?”.

As respostas foram agrupadas em categorias conforme demonstra a Tabela 4.

Observa-se que o assunto mais sugerido pelas ACS foi “os mitos da amamentação” (85,71%). Acredita-se que esse resultado esteja relacionado aos constantes problemas encontrados pelas profissionais na abordagem desse tema com as famílias, devido à grande diversidade sociocultural.

**Tabela 4** – Distribuição da frequência das respostas quanto à necessidade de conhecimentos sobre amamentação

<b>Categorias</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>1</sup></b>
Os mitos da amamentação	6	85,71
Problemas mamários	4	57,14
Dificuldade de pega	2	28,57
Aconselhamento de amamentação	2	28,57
A importância do Aleitamento Materno	1	14,28

Os problemas mamários (57,14%) foi outro tema que se destacou, seguido pelos temas: dificuldade de pega (28,57%), importância do aleitamento materno e aconselhamento de amamentação (14,28%), mostrando que, quase sempre, falta a esses profissionais o conhecimento técnico para abordar questões práticas como a adequação da pega, o ingurgitamento, as fissuras mamilares, entre outros problemas; portanto, uma capacitação adequada aos ACS proporciona segurança na transmissão de informações e os habilita para apoiar e oferecer o suporte necessário para as mães com dificuldades para amamentar (Caldeira, 2007, 2008; Azeredo, 2008).

Ademais, ainda que o aleitamento materno seja um assunto amplamente divulgado pela mídia e constitua prioridade nas políticas de saúde infantil,

<sup>1</sup> A porcentagem ultrapassa 100%, uma vez que a mesma pessoa sugeriu mais de um tema.

constantemente observam-se dificuldades nas práticas profissionais para seu manejo.

Assim, diante desses resultados foram definidos os temas que deveriam obrigatoriamente compor o programa de capacitação.

### **2ª Etapa: Planejamento e divulgação da capacitação**

O planejamento do curso foi realizado durante todo o mês de junho de 2012.

Inicialmente, pensou-se que o curso não deveria ser muito extenso, uma vez que mudanças na rotina de serviço das funcionárias implicam também em alterações no cumprimento de metas estabelecidas pela instituição de trabalho.

Sendo assim, foi acertada com a gerência da UBS e com os enfermeiros responsáveis pelas equipes uma capacitação com 20 horas, distribuídas em quatro dias, de 10 a 13 de julho, das 12h às 17h.

O Quadro 2 apresenta o plano de aula esquemático desenvolvido para a realização dessa capacitação.

Optou-se por uma metodologia bem participativa, de modo que os ACS pudessem ter um espaço para discussão, troca de experiências e reflexão sobre suas práticas profissionais na abordagem das famílias sobre o aleitamento materno.

A divulgação do curso foi realizada na própria UBS e no Banco de Leite da Santa Casa de Penápolis durante a última quinzena do mês de junho através de “folders” e cartazes (Anexo III).

Embora este estudo tivesse como público alvo apenas os Agentes Comunitários de Saúde, o convite para participar do curso foi feito para todos os profissionais das unidades de saúde, do Banco de Leite Humano e da Santa Casa de Penápolis.

### **3ª Etapa: Implementação da capacitação**

O desenvolvimento da capacitação contou com o apoio dos enfermeiros da unidade de saúde. Utilizou-se uma metodologia baseada no diálogo e na troca de experiências vivenciadas pela equipe.

No primeiro encontro realizou-se uma apresentação de toda proposta de trabalho e foi aplicado um pré-teste para avaliação posterior.

Para apresentação do grupo propôs-se uma dinâmica conhecida como “Cosme e Damião”. A dinâmica consiste na formação de duplas que irão se apresentar mutuamente, trocando informações pessoais por aproximadamente cinco minutos. Posteriormente, as duplas são convidadas a voltar para a roda e cada participante apresenta o colega.

Embora a maioria das participantes já se conhecesse, essa dinâmica proporcionou um ambiente mais descontraído e facilitou a interação entre todos.

Dessa forma, foi possível iniciar uma apresentação mais conceitual sobre o Banco de Leite Humano como um dos serviços que integram a rede de assistência à saúde na promoção do aleitamento materno em benefício ao desenvolvimento infantil no município de Penápolis.

Observou-se que muitas das participantes realmente desconheciam os serviços do BLH e a sua importância como parceiro da Atenção Básica para apoio e incentivo do aleitamento materno.

**Quadro 2** – Plano de aula esquemático desenvolvido para a realização da capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde

Data	Tema	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos
1º Encontro	Apresentação inicial Integração dos serviços – o BLH O aleitamento materno	Apresentar a programação aos participantes Conhecer os participantes e suas expectativas Apresentar o BLH como serviço integrante da rede de assistência à saúde Sensibilizar a equipe quanto à importância do AM	O BLH A prevalência do AME no Brasil As vantagens do AM para a mãe/bebê/sociidade	Dinâmica de apresentação “Cosme e Damião” Aplicação do pré-teste Exposição dialogada Trabalho em grupo sobre as vantagens AM Apresentação de vídeo sobre AM	Datashow ou projetor Vídeo sobre o AM Cartolinas ou papel craft Canetinhas, cola, tesoura, revistas, fita crepe Rádio CD – música ambiente

(continua)



(continuação)

Data	Tema	Objetivos	Conteúdo	Metodologia	Recursos
2º Encontro	Manejo clínico do aleitamento materno	Identificar as estruturas mamárias e o mecanismo da produção e descida do leite Reconhecer a pega e posição correta da mamada	Anatomia e fisiologia da mama A descida do leite Composição do leite materno Posição e pega correta	Dinâmica do limão Exposição dialogada Exercícios dirigidos com figuras de pega e posição correta Dinâmica dos rótulos	Datashow ou projetor Ficha de exercícios
3º Encontro	Problemas mais comuns no aleitamento	Identificar precocemente problemas que possam interferir ou prejudicar o aleitamento materno Orientar cuidados para prevenção e/ou tratamento	Problemas relacionados com bebe (prematuridade, gemelariade, síndromes) Problemas relacionados com a mãe (mamas, doenças que contraídicam o AM) Os mitos da amamentação (crenças e insegurança)	Atividade em grupo Bingo	Cartolina ou papel craft Canetinhas Datashow ou projetor Rádio Cd – música ambiente Cartelas e tiras de papel Brindes
4º Encontro	- Aconselhamento em aleitamento materno Fechamento e avaliação do curso	Desenvolver habilidades de comunicação Exercícios de fixação Avaliar o treinamento	Habilidades de comunicação e aconselhamento	Exposição dialogada Dramatização Visita à maternidade para avaliação da mamada Aplicação do Pós-teste	Fichas (Pós-teste e avaliação do curso)

(conclusão)

Em seguida realizou-se uma apresentação mais conceitual sobre a importância do aleitamento materno e sua prevalência no Brasil. O conteúdo foi apresentado em datashow, utilizando-se como material de apoio artigos cien-

tíficos, cartilhas e manuais da OMS/Unicef e Ministério da Saúde (OMS, 2001; Brasil, 2009).

Essa apresentação possibilitou o esclarecimento das atuais recomendações sobre o aleitamento materno, bem como gerou uma discussão de situações vivenciadas em sua prática profissional sobre causas de desmame precoce, baixa adesão prática da amamentação entre as mães e dificuldades encontradas para sua manutenção.

Aproveitando esse ambiente de discussão e reflexão, as participantes foram convidadas a dividir-se em três grupos. O grupo 1 deveria discutir e identificar a importância do aleitamento materno somente para a mulher. O grupo 2 ficaria com o enfoque do aleitamento materno para a criança; o grupo 3, por sua vez, discutiria a importância do aleitamento materno para a sociedade.

Posteriormente, o grupo deveria expor em plenária os resultados da discussão.

O exercício evidenciou que os conhecimentos dos ACS sobre as vantagens do aleitamento materno são bastante limitados. As vantagens mais citadas pelos ACS foram: imunização para o bebê, seguido do vínculo afetivo mãe-bebê, alimento completo e prevenção de câncer mama. Esses resultados coadunam com o estudo de Azeredo et al. (2008) que verificou as percepções de 36 profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família de sobre aleitamento materno e encontrou que 36% dos ACS apontaram como vantagem do aleitamento materno a imunização para o bebê, 17% vínculo afetivo e 11% alimento completo.

Observa-se que os conhecimentos dos ACS em relação aos benefícios do aleitamento materno ainda são muito primários, voltados apenas para os benefícios da criança, focados principalmente nas questões fisiológicas.

Assim, as formações permanentes dos profissionais por meio de cursos e capacitações são ações importantes, permitindo domínio das técnicas de amamentação, propiciando desenvoltura no diálogo, melhorando a comunicação entre profissionais, gestantes e nutrízes.

Para reforçar o conteúdo discutido, esse primeiro encontro foi finalizado com a apresentação do vídeo *Amamentação muito mais do que alimentar a*

*criança*, material elaborado pelo Ministério da Saúde para a promoção do Aleitamento Materno.

O segundo encontro foi iniciado com a dinâmica do limão; cada participante tem um limão em mãos e trabalha a música *Escravos de Jó*, oferecendo e pegando o limão em sintonia. Essa dinâmica permitiu, de forma bem descontraída, a reflexão da importância de se trabalhar em equipe, do trabalho em rede, da integração dos serviços como sendo eixo condutor e estruturante das ações de promoção à saúde.

Após a dinâmica houve uma apresentação dialogada sobre o manejo clínico da amamentação (pega e posição correta, tipos de mamilos, anatomia da mama, fisiologia da lactação).

Esse tema suscitou muitos relatos de vivência pessoal, dos problemas mamários das puérperas encontrados no dia a dia de trabalho.

Observou-se que o conhecimento das ACS em manejo da amamentação é muito pessoal e frequentemente permeado pelo insucesso. Dificuldades nas orientações e falta de conhecimento técnico para lidar com situações de apoio ao aleitamento materno foram os problemas mais comumente relatados pelo grupo.

Para Caldeira (2007), os ACS são os profissionais mais empenhados nas ações de promoção do aleitamento materno, porém não são ações desenvolvidas uniformemente. É importante que programas de capacitações incluam necessariamente esses profissionais, de forma a tornar mais efetiva a participação destes na melhoria dos índices de aleitamento materno.

O tema proposto para o terceiro encontro foi Problemas mais comuns relacionados à mãe e ao bebê que podem interferir ou prejudicar a amamentação e os mitos da amamentação.

Sempre em busca de uma aprendizagem significativa, o tema foi trabalhado em subgrupos e depois discutido em plenária.

Os problemas mais comuns levantados no grupo que podem ser prejudiciais para amamentação em relação ao bebê foram a falta de sucção e pega incorreta, que se não forem assistidos logo após o nascimento poderão prejudicar o aleitamento materno. Relacionados com a mãe os problemas relatados foram sua insegurança, os tipos de mamilos, fissuras, ingurgitamento mamário.

O sucesso da amamentação muitas vezes se deve ao suporte da técnica adequada; se isso não ocorrer, inicia-se um processo de sofrimento materno fundamentado no ingurgitamento, nas fissuras e na percepção de fome através do comportamento do recém-nascido. O simples fato de observar a mamada, atento à postura materna, à pega do bebê ao seio materno, oferece subsídios aos profissionais de saúde sobre risco de desmame precoce (Caldeira 2007).

Em relação aos mitos da amamentação, podemos perceber que os profissionais ACS consideram que *leite fraco, leite secou, seios caídos com a amamentação* podem ser motivos reais para o desmame precoce. Tais justificativas configuram construções sociais que refletem na interpretação da puérpera a respeito de seus primeiros contatos com o ato de amamentar e a ausência de práticas assistenciais de saúde adequadas ao segmento materno (Azeredo et al., 2008).

Para finalizar esse dia, realizou-se uma brincadeira com perguntas e respostas sobre todos os temas discutidos até então, no formato de um *Bingo*. Essa brincadeira gerou muitas expectativas entre as participantes, pois para elas o *Bingo* constituía em uma avaliação da aprendizagem adquirida.

Para Coscrato et al. (2010), a atividade lúdica é um dos possíveis mediadores do processo ensino-aprendizagem, figurando-se como método alternativo que auxilia esse processo. Nesse sentido, verifica-se que o lúdico transporta para o campo da realidade discussões e conhecimentos, gerando uma aprendizagem efetiva.

O *aconselhamento em amamentação foi tema do quarto dia de trabalho*. Utilizou-se dramatização como forma de abordagem do tema. Embora umas mais soltas e outras mais acanhadas, obteve-se a participação de todas.

Aconselhar significa ajudar a mulher a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. No aconselhamento é importante que as mães sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar dela e de seus filhos, transmitindo confiança, apoiando, ajudando a mulher a tomar decisões, além de desenvolver sua confiança profissional (Brasil, 2009).

Pôde-se avaliar as ACS positivamente quanto à habilidade em ouvir, aprender e dar apoio no momento oportuno.

Para realizar um exercício na prática, as ACS foram levadas a uma visita à maternidade da Santa Casa de Penápolis. Essa visita foi muito esperada pelas participantes, que demonstraram entusiasmo e interesse pela atividade proposta.

Durante a visita, as ACS tiveram a oportunidade de demonstrar as técnicas de aconselhamento em amamentação com as puérperas que estavam internadas nesse dia. Estas foram muito receptivas ao aconselhamento, contribuindo para a realização da tarefa.

Após a atividade, realizou-se a avaliação da capacitação e uma confraternização com o grupo para encerrar as atividades.

#### **4ª Etapa: Avaliação da capacitação**

A capacitação foi avaliada quanto à aquisição de conhecimentos pelas participantes, aplicando-se um pré e um pós-teste, e quanto à satisfação delas diante dos aspectos metodológicos e estruturais da capacitação.

O teste era constituído por dez questões de múltipla escolha, que abordavam todos os temas pertinentes à capacitação (Anexo IV).

O pré-teste foi aplicado no primeiro dia de capacitação, antes do início de qualquer atividade. O mesmo formulário foi aplicado no último dia de capacitação como forma de avaliação dos conhecimentos adquiridos.

A Tabela 5 apresenta o resultado do pré e pós-teste quanto ao número de acertos das questões por ACS.

**Tabela 5** – Resultado do pré e do pós-teste quanto ao número de acertos por ACS

ACS	% de acertos no pré-teste	% de acertos no pós-teste
1	30	90
2	40	70
3	50	100
4	70	100
5	100	80
6	40	90
7	80	100

Observa-se que a percentagem de acertos no pós-teste foi predominantemente maior que no pré-teste, exceto a ACS 5, que teve 100% de acertos no pré-teste e 80% no pós-teste. Acredita-se que isso tenha ocorrido pelo acaso, uma vez que os testes de múltipla escolha propiciam a escolha aleatória de uma alternativa que pode estar correta, mesmo que o profissional não saiba a resposta do exercício proposto.

Ademais, os dados demonstram que houve aumento da percentagem de acertos no pós-teste de modo significativo. Todas acertaram mais de 80% das questões após a capacitação. Pode-se dizer que a capacitação contribuiu para a aquisição de conhecimentos das ACS, o que certamente irá refletir em suas práticas profissionais.

De acordo com Tamaki et al. (2010), as avaliações realizadas pelos participantes descrevem bem as aquisições que obtiveram em termos de conhecimentos e práticas do processo de formação, concluindo-se que utilizar os problemas concretos trazidos pelos participantes da capacitação garante a aderência da formação e do trabalho produzido à realidade dos serviços.

Quanto à avaliação dos aspectos estruturais e metodológicos da capacitação, na Tabela 6 pode-se observar que o curso foi avaliado como “ótimo” em praticamente todos os aspectos, com exceção do tempo de curso, que para 25% foi “bom”.

**Tabela 6** – Avaliação geral da capacitação pelas ACS

Aspectos avaliados	Ótimo	Bom	Regular
Temas abordados	100%		
Conteúdo teórico	100%		
Estratégias de ensino	100%		
Tempo de curso	75%	25%	

Algumas participantes apontaram o pouco tempo de curso como um fator limitante para a aprendizagem, sugerindo uma continuidade do trabalho.

## 6 CONCLUSÕES

O aleitamento materno é a melhor forma de promover o crescimento e o desenvolvimento saudável das crianças; portanto, deve ser incentivado e apoiado pelos profissionais de saúde em todas as oportunidades dessa abordagem com as famílias.

A integralidade dos serviços da rede de assistência à saúde constitui eixo estruturante para a efetividade das ações de promoção ao aleitamento materno. Entretanto, sem uma formação profissional adequada, as chances de sucesso dessas ações se tornam reduzidas.

Os resultados deste estudo evidenciaram que os conhecimentos dos ACS sobre o aleitamento materno eram limitados, mesmo todas tendo experiência pessoal prévia com amamentação. Para o grupo, as vantagens da amamentação limitam-se à criança, sendo pouco apontada vantagens para a mãe, família e sociedade. A recomendação sobre a livre demanda do aleitamento materno era desconhecida pela maioria das participantes.

A abordagem metodológica adotada facilitou a participação de todas as ACS; muitas questões foram levantadas, discutidas, propiciando a reflexão sobre as experiências das práticas cotidianas. Houve uma preocupação em sempre buscar a integração da equipe e valorizar suas experiências.

Avaliaram-se os conhecimentos das ACS antes e após a capacitação através de um questionário de múltipla escolha que apresentou uma média de acertos de 58,6% e 90%, respectivamente, apontando um resultado positivo da capacitação quanto à aquisição de conhecimentos; 100% das participantes reconheceram a capacitação como “ótima” quanto aos temas, conteúdos e estratégias metodológicas; entretanto, o tempo de capacitação foi apontado como insuficiente, sugerindo uma continuidade do trabalho.

Assim, os resultados permitem concluir que os serviços de saúde devem estar integrados nas ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno e que a capacitação permanente dos profissionais de saúde contribui diretamente para o aumento da adesão à amamentação e para o fortalecimento do Programa Primeiríssima Infância de Penápolis, SP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akré J. Alimentação Infantil: Bases Fisiológicas, 2 ed. São Paulo: IBFAN; 1994.

Alfaya C, Schermann L. Sensibilidade e Aleitamento materno em díades com recém-nascido de risco. Estudo de Psicologia Universidade do Rio Grande do Norte. 2005; 10(2):279-85.

Azeredo CM, Maia TM, Rosa TCA, Silva FF, Cecon PR, Cotta RMM. Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros. Rev Paul Pediatr. 2008; 26(4):336-44.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Modalidade de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)



Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(5 Supl):S126-S130.

Caldeira AP, Aguiar GN, Magalhães WAC, Fagundes GC. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1965-70.

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6):1027-33.

Cypel S. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.

Coelho IJS, Machado MMT. Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde na promoção do aleitamento materno. *Rev Pediatr Ceará*. 2004; 5(2):19-25.

Coscrato G, Pina JC, Mello DF. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2):257-63.

Cotta RMM, Scoth M, Azeredo CM, Franchescini SCC, Plore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 15(3):7-18.

Demito MO, Silva TC, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão Integrativa. *Rev Rene*. 2010; 11(esp.):223-29.

Ferreira CANC. Avaliação do Aleitamento Materno em Crianças Atendidas pela Unidade Básica de Saúde São Sebastião em Juiz de Fora, MG. *Revista APS*. 2004; 7(1):4-07.

Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011, 16(Supl. 1):873-80.

OMS. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: O papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta. Genebra: OMS/UNICEF; 1989.

Rego JD. Aleitamento Materno. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

Resende MJ. A aula narrada. A manifestação da consciência histórica na elaboração dos planos de ensino pelos licenciados em historia na Universidade São Paulo. [dissertação] Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo; 2008.

Tamaki EM, Barbieri AR, Gazola LHO, Andrade SMO, Tanaka OY. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. 2010, 10(Supl.1):S201-S208.

WHO/Unicef. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva, 1993. Disponível em: . Acesso em 20 de Setembro de 2012.

## ANEXO I



### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000

Tel.: (011) 3066-7652 – FAX 3066-7662

C.P. 5751 – CEP 01061-970

São Paulo, 5 de junho de 2012.

Exmo. Sr.

Antonio Sidney Marques

Secretário da Saúde do Município de Penápolis

Prezado Senhor,

Vimos através desta solicitar autorização para o desenvolvimento do projeto de intervenção **“Aleitamento materno: capacitação em aconselhamento para agentes comunitários de saúde”**, que gostaríamos de realizar na Unidade Básica de Saúde/ESF MACRO III. Esclarecemos que a realização deste trabalho faz parte das exigências do Curso de Pós-Graduação, Nível Especialização (Promoção do Desenvolvimento Infantil), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O projeto tem como objetivo capacitar, fortalecer e instrumentalizar os agentes comunitários de saúde, para que eles possam atuar junto às gestantes e puérperas, apoiando, incentivando e proporcionando maior adesão ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança, contribuindo assim com o desenvolvimento infantil e com o projeto “Primeiríssima Infância” do Município de Penápolis.

A proposta é realizar um treinamento de 20 horas com todos os Agentes Comunitários de Saúde da UBS/ESF MACRO III em dias e horários pré-estabelecidos pela Gerência da unidade, de modo que não cause transtornos na rotina de trabalho desses profissionais.

Agradecendo antecipadamente a atenção e colaboração, aproveitamos a oportunidade para reiterar nossos protestos de estima e consideração, colocando-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Claudia Rodrigues Carmona Slavez

Nutricionista – Aluna de Pós-Graduação

**Cláudia Nery Teixeira Palombo**

Co-orientadora

**Prof<sup>ª</sup> Dra. Elizabeth Fujimori**

Orientadora

## ANEXO II



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3066-7652 – FAX 3066-7662  
C.P. 5751 – CEP 01061-970

### Formulário para caracterização dos agentes comunitários de saúde e levantamento de necessidades

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ N° de filhos \_\_\_\_\_ e idade dos filhos \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho nesta UBS: \_\_\_\_\_

#### EXPERIÊNCIA SOBRE AMAMENTAÇÃO

Experiência anterior de trabalho na área da saúde? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, em quê? \_\_\_\_\_

Treinamento anterior específico sobre amamentação? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, onde? \_\_\_\_\_

Você já teve alguma experiência pessoal com amamentação (amamentou um filho, acompanhou a esposa na amamentação, ou outro parente)? ( ) Não ( ) Sim

Nas visitas domiciliares, você costuma orientar as famílias sobre o aleitamento materno?  
( ) Não ( ) Sim ( ) às vezes

Você sente dificuldade na abordagem do tema com as famílias? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, por quê? ( ) Insegurança por falta de conhecimento  
( ) Resistência da família em aceitar as informações  
( ) Outros

#### NECESSIDADES DE CONHECIMENTO

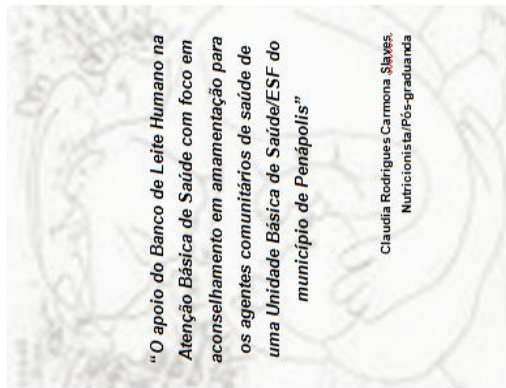
Quais aspectos (temas) sobre a amamentação você gostaria que fossem abordados nesse treinamento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO III

  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO INFANTIL



Claudia Rodrigues Carmona Slaves,  
Nutricionista Pós-graduada

Penápolis  
2011

*“Ninguém ignoratudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendêmos sempre.”*

**Paulo Freire**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 415 - CEP 05403-900,  
Tel.: (011) 3065-7532 - FAX 3065-7682  
C.P. 5751 - CEP 01061-970

APRESENTAÇÃO	PROGRAMAÇÃO
Com a finalidade de aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, sobretudo seu manejo adequado no puerpério imediato contribuindo assim para o desenvolvimento infantil e com o Projeto <i>Primeiríssima Infância</i> de Penápolis, este trabalho tem como objetivo capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) para o aconselhamento em amamentação durante todo o ciclo gravídico-puerperal.	13.00 - <del>Códe. Etarek</del> 13.10 - Discussão 13.30 - Bingo 13.00 - Encerramento
	13.00 - Apresentação 13.15 - O Banco de Leite Humano 13.30 - Apresentação do Aleitamento Materno no Brasil 14.00 - Variantes do Aleitamento Materno para a Mãe e o Bebê 15.00 - <del>Códe. Etarek</del> 15.10 - Apresentação do Vídeo Aleitamento Materno 15.30 - Trabalho em Grupo 17.00 - Encerramento
	13.00 - Dinâmica 13.15 - Aconselhamento em Aleitamento Materno 13.30 - Trabalho em grupo 15.00 - <del>Códe. Etarek</del> 15.10 - Dramatização (Teatro) 17.00 - Encerramento
	13.00 - Dinâmica 13.15 - Aleitamento Materno 14.00 - Manejo Clínico do Aleitamento Materno 15.00 - <del>Códe. Etarek</del> 15.10 - Trabalho em grupo e Discussão 17.00 - Encerramento
	13.00 - Dinâmica 13.15 - Aula Prática (Visita a Maternidade) 14.00 - Avaliação 15.00 - Contratação 17.00 - Encerramento
	13.00 - Dinâmica 13.15 - Problemas maternos que possam interferir ou prejudicar o aleitamento materno 14.30 - Trabalho em grupo
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>	
<b>20,0hs</b>	

**DATA/HORÁRIO**

10 a 16 de Julho de 2012  
Das 13 às 17hs.

**LOCAL**

CEP - Centro de Educação Permanente  
Santa Casa de Penápolis

## ANEXO IV



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000

Tel.: (011) 3066-7652 – FAX 3066-7662

C.P. 5751 – CEP 01061-970

### **ENS-DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

### **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

### **Aleitamento materno: capacitação em aconselhamento para agentes comunitários de saúde**

#### **PRÉ-TESTE E PÓS-TESTE**

- 1) O aleitamento materno:
  - a) Deve ser praticado até os dois anos de idade da criança, complementando sempre com água, chás e sucos.
  - b) Deve ser praticado, no mínimo, até os dois anos de vida da criança, exclusivamente até o sexto mês e com introdução de alimentos complementares a partir dessa idade.
  - c) Deve ser praticado até um ano de vida da criança, no mínimo até o sexto mês e com introdução de alimentos complementares a partir dessa idade.
  - d) Deve-se introduzir água logo no início para evitar a desidratação infantil.
- 2) Quanto às vantagens do aleitamento materno:
  - a) Protege as crianças contra doenças.
  - b) É um método contraceptivo para o casal.
  - c) Ajuda na economia doméstica.
  - d) Todas as alternativas estão corretas.
- 3) São fatores que podem contribuir para a descida do leite:
  - a) Choro do bebê, repouso, cerveja preta.
  - b) Estímulo mamilar, choro do bebê, cansaço.
  - c) Choro do bebê, alimentação adequada, repouso.
  - d) Massagens nas mamas, cerveja preta e repouso.
- 4) Você pode identificar se o bebê está mamando adequadamente quando:
  - a) A boca está com os lábios bem abertos, o queixo e o nariz encostam-se ao peito da mãe, a bochecha está arredondada.
  - b) A boca está bem aberta, o queixo e o nariz não devem encostar-se ao peito da mãe, a bochecha está arredondada.
  - c) A boca está bem aberta, o queixo encosta no peito da mãe, a bochecha está murcha.
  - d) A boca está entreaberta com queixo e nariz distantes da mama.

- 5) Como você identifica se a mãe está com algum problema mamário?
  - a) A mãe queixa-se de vermelhidão nas mamas, febre, mal-estar geral, dor e falta de apetite.
  - b) A mãe queixa-se de dor ao amamentar e apresenta mamas bem cheias e avermelhadas.
  - c) A mãe queixa-se de indisposição, relata febre e muita dor ao amamentar.
  - d) Todas as alternativas estão corretas.
- 6) Quais as ações que você considera primordiais para a promoção do aleitamento materno?
  - a) Fazer orientação sobre amamentação somente após o parto quando o bebê já está mamando.
  - b) Encorajar o uso de mamadeiras e chupetas para acalmar o bebê e deixar a mãe descansar.
  - c) Envolver os membros da família no apoio do aleitamento desde a gestação.
  - d) Estimular a mãe a dar o peito apenas nos horários estipulados para aumentar a produção de leite.
- 7) Como deve ser uma mamada?
  - a) Deixar o bebê mamar 15 minutos em cada mama.
  - b) Dar somente o peito a cada três horas.
  - c) Deixar o bebê mamar em livre demanda.
  - d) Dar somente um peito em cada mamada.
- 8) Quanto ao uso de mamadeira e chupeta para o recém-nascido é correto dizer que:
  - a) Pode oferecer a chupeta desde que o bebê mama o peito.
  - b) Diminui os reflexos de produção e de descida do leite se o bebê usar chupeta mesmo mamando no peito.
  - c) Não atrapalha a sucção do bebê.
  - d) Auxilia a mãe na produção do leite.
- 9) O leite materno ordenhado pode ser guardado com segurança no congelador (freezer) por um período de até:
  - a) 24 horas.
  - b) 6 dias.
  - c) 9 dias.
  - d) 15 dias.
- 10) Quanto ao aconselhamento em amamentação podemos afirmar que:
  - a) Aconselhamento ou dar conselho é dizer à pessoa o que ela deve fazer.
  - b) Aconselhamento é escutar, compreender e oferecer ajuda para que a mãe se fortaleça e tome sua decisão.
  - c) Aconselhamento é indicar o caminho certo para a tomada de decisões.
  - d) Aconselhamento é ouvir, aceitar e não dar opinião na decisão da mãe.



## ANEXO V



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 419 – CEP 05403-000

Tel.: (011) 3066-7652 – FAX 3066-7662

C.P. 5751 – CEP 01061-970

### AVALIAÇÃO DO CURSO

A SUA OPINIÃO É MUITO IMPORTANTE!

Indique seu grau de satisfação quanto:

1. Temas abordados:     ótimo    bom    regular

2. Conteúdo teórico:     ótimo    bom    regular

3. Estratégias de ensino:  ótimo    bom    regular

4. Tempo de curso:      ótimo    bom    regular

5. Críticas e sugestões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Capítulo 4

Um estudo sobre a avaliação  
pediátrica do desenvolvimento infantil  
em Unidade Básica de Saúde (UBS)  
da zona sul de São Paulo

Letícia Monteiro Kitamura

Lislaine Aparecida Fracolli (orientadora)



## Capítulo 4

# UM ESTUDO SOBRE A AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

Letícia Monteiro Kitamura

Lislaine Aparecida Fracolli (orientadora)

## 1 INTRODUÇÃO

O Desenvolvimento Infantil é resultado de uma interação entre a genética, a relação com os pais e o contexto social (Davies, 1999). Os primeiros três anos de vida, ou melhor, a gestação e os três primeiros anos de vida, são essenciais no desenvolvimento das sinapses cerebrais.

Esse momento é chamado de “janela de oportunidades”, pois nessa fase o sistema nervoso central pode se moldar através de estímulos externos. Assim, os neurologistas consideram que esse é um momento único e autolimitado, portanto singular e insubstituível para o pleno desenvolvimento infantil.

Quando fazemos carinho em uma criança, quando conversamos com ela, quando cantamos uma canção estamos estimulando e causando modificações no cérebro e, dessa forma, favorecendo o desenvolvimento intelectual dessa criança.

Portanto, a estimulação de uma criança é um recurso barato e de baixa tecnologia, e pode levar a resultados surpreendentes. Com isso teremos a

formação de indivíduos (e por que não coletivos) mais preparados para lidar com os desafios da vida em sociedade.

Sabemos ainda que o desenvolvimento infantil está relacionado a fatores ambientais, segundo um estudo de Moreira (2011), em São Luís (MA), no qual se avaliaram crianças de dois anos quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, através da escala de Gesel. Alterações na escala de Gesel (gesel baixo) se relacionaram a fatores ambientais, tais como: renda familiar baixa, baixa escolaridade dos pais, alto número de pessoas residentes no domicílio, alto número de crianças menores de cinco anos.

Segundo Davies (1999) os estímulos negativos repetitivos e contínuos têm um impacto exacerbado na faixa de idade de zero a três anos, causando danos que podem ser irrecuperáveis. Isso justifica a incorporação dessa abordagem de desenvolvimento infantil no interior dos serviços de saúde.

A Organização Social Associação Congregação de Santa Catarina (OS Santa Catarina) é uma entidade filantrópica ligada à Congregação das Irmãs de Santa Catarina, que teve origem com Madre Regina Protmann em Braniewo (Polônia), no ano de 1583, informação do site da OS Santa Catarina acessado em agosto de 2012. Em São Paulo a OS Santa Catarina atua como parceira do Sistema Único de Saúde (SUS) para gestão de equipamentos de saúde na Atenção Primária e Secundária.

Essa parceria entre a OS Santa Catarina e o poder público do município de São Paulo foi iniciado em 1998 através da implantação do Programa de Saúde da Família na Região Sul do Município de São Paulo. Em 2008 foi assinado o contrato de Gestão de Serviços de Saúde nas microrregiões Cidade Ademar, Capela do Socorro/Parelheiros, além de serviços de diagnóstico por imagens e prontos-socorros nessa mesma região.

Dessa maneira a OS Santa Catarina passou a ter sob sua responsabilidade na região Sul do Município de São Paulo os seguintes serviços:

**Estratégia Saúde da Família:** UBS Vila Aparecida, UBS Mar Paulista, UBS Jardim Niterói, UBS Jardim São Jorge, UBS Jardim São Carlos, UBS Vila Império II, UBS Cidade Júlia, UBS Jardim Apurá, UBS Jardim Laranjeiras, UBS Vila Guacuri, UBS Mata Virgem, UBS Jardim Selma, UBS Jardim Três Corações, UBS Chácara do Conde, UBS Jordanópolis, UBS Varginha, UBS Vila Natal.

**Unidades Básicas de Saúde Tradicionais:** UBS Vila Arriete, UBS Vila Missionária, UBS Vila Império I, UBS Vila Joaniza, UBS Jardim Miriam, UBS Parque Doroteia, UBS Jardim Umarama, UBS Campo Grande, UBS Vila Constância.

**Assistência Médica Ambulatorial (AMA):** AMA Pedreira, AMA Vila Missionária, AMA Vila Império, AMA Vila Joaniza, AMA Jardim Miriam, AMA Parque Doroteia, AMA Dona Maria Antonieta Ferreira de Barros.

**Ambulatório de Especialidades (AE):** AE Pedreira, AE Jardim Cliper, AE Milton Aldred.

**AMA Especialidades:** AMA Especialidades Vila Constância.

**Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** CAPS II Adulto Cidade Ademar, CAPS II Infantil Cidade Ademar.

**Centro de Especialidades Odontológicas (CEO):** CEO Humberto Nastari, CEO Socorro, CEO Parelheiros.

Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI): URSI Cidade Ademar.

Assistência Domiciliar (AD): AD Cidade Ademar.

**Pronto-Socorro (PS):** PS Dona Maria Antonieta Ferreira de Barros, PS Balneário São José.

Unidade de Saúde Indígena: UBS Vera Poty.

Para a OS Santa Catarina coordenar serviços de natureza tão diversa tem sido uma tarefa complexa, de quem vem exigindo bastante envolvimento. Dessa maneira em 2010 a OS Santa Catarina iniciou uma parceria com a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) é uma fundação familiar criada em 1965. Iniciou sua atuação nas áreas de hematologia e hemoterapia, mas redefiniu seu foco e atualmente se dedica também à promoção do desenvolvimento da primeira infância, com o objetivo de melhorar a atenção dada às crianças através de mudanças de comportamento, com o objetivo final de desenvolvimento da sociedade (informação do site da

FMCSV acessado em agosto de 2012). Esse foco da FMCSV se alinha com os objetivos entre a OS Santa Catarina e foi o motivo da parceria.

A partir dessa parceria, os técnicos da OS Santa Catarina propuseram um projeto de Desenvolvimento Infantil a ser implantado, a princípio, em quatro unidades básicas de saúde da microrregião de Cidade Ademar, com pretensões de expansão para demais unidades. As unidades escolhidas para o projeto piloto foram: UBS Parque Doroteia, UBS Vila Arriete, UBS Cidade Júlia e UBS Vila Império II. Tal projeto visa ao acompanhamento do desenvolvimento infantil através da estimulação nos primeiros anos de vida dessas crianças. Esse projeto, para ser operacionalizado, prevê a mudança na postura, no atendimento, nas orientações, no serviço de saúde e no empoderamento da população em relação à importância da estimulação do desenvolvimento infantil e à prevenção de déficits no desenvolvimento das crianças.

A região em que o projeto foi implantado é uma região carente, em sua grande maioria área de manancial, de ocupação irregular, próximo à Represa Billings, que apresenta vários dos fatores de risco, segundo os mencionados no estudo previamente citado de Moreira, 2011.

Alguns dados da região são descritos nos quadros a seguir, segundo a Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano, no Plano Municipal de Habitação de 2000.

**Quadro 1** – Indicadores sociais da região próxima da Represa Billings e do Município de São Paulo

Indicadores	Favelas Billings		Favelas Município de São Paulo	
	Números absolutos	Números relativos (em %)	Números absolutos	Números relativos (em %)
<b>Chefe de 10 a 20 SM</b>	279	1,01	2753	0,94
<b>Chefe de 20 ou + SM</b>	67	0,24	438	0,15
<b>Rendimento médio em reais</b>	348		335	
<b>Pessoas de zero a três anos</b>	11.740	10,89	123.678	10,66
<b>Pessoas de quatro a seis anos</b>	8.336	7,73	88.578	7,63



**Quadro 2** – Indicadores escolhidos em loteamentos irregulares nas áreas de mananciais da Bacia Billings no Município de São Paulo, 2000

Indicadores	Números absolutos	Números relativos (em %)
População	113.224	
Domicílios	29.411	
Domicílios com água	24.305	82,64
Domicílios com esgoto	8.947	30,42
Domicílios com coleta de lixo	27.120	92,21
Chefes mulheres	7.121	24,21
Chefes analfabetos	3.059	10,4
Chefes 1º ciclo do Ensino Fundamental incompleto	8.267	28,11
Chefes 1º ciclo do Ensino Fundamental completo	6.367	21,65
Chefes Ensino Fundamental completo	4.199	14,28
Pessoas analfabetas	12.547	11,08
Chefes de 0 a 1 SM	7.569	25,74
Chefes de 1 a 3 SM	10.258	34,88
Chefes de 3 a 5 SM	6.518	22,16
Chefes de 5 a 10 SM	4.279	14,55
Chefes de 10 a 20 SM	673	2,29
Chefes de 20 ou + SM	115	0,39

Pensando nisso durante os atendimentos de puericultura nas quatro unidades de saúde envolvidas no projeto, foi proposta uma avaliação de desenvolvimento não somente com a escala de Denver, mas também pela aplicação do IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil. De acordo com Kupfer (2010), as escalas utilizadas usualmente para avaliar o desenvolvimento infantil deixam de lado os cuidadores e se focam na criança, medem capacidades e habilidades desconexas entre si.

Para a teoria psicanalítica a avaliação da subjetividade é essencial para o desenvolvimento integral da criança.

Ainda conforme Kupfer (2010), o IRDI se baseia em quatro eixos para a formação do sujeito psíquico:

- 1) sujeito presumido (SS): apesar de o bebê não estar constituído como sujeito, o cuidador antecipa sua formação;
- 2) estabelecimento da demanda da criança (ED): a mãe entende o choro da criança, transforma em linguagem e responde com a ação;
- 3) alternância presença-ausência (PA): não pode ocorrer somente a presença ou somente a ausência, esta não apenas física como simbólica;
- 4) função paterna (FP): a criança renuncia apenas às satisfações de seu próprio corpo e do corpo materno, procurando novas formas de satisfação.

A seguir será apresentado o IRDI pautado na avaliação psicanalítica, que se divide em quatro faixas de idade:

- zero a quatro meses, e até os quatro meses a criança deve ter adquirido os fatores protetores para essa faixa de idade;
- quatro a oito meses, e até os oito meses a criança deve ter adquirido os fatores protetores para essa faixa de idade;
- oito meses a um ano, e até os 12 meses a criança deve ter adquirido os fatores protetores para essa faixa de idade;
- um ano a um ano e seis meses, e até os 18 meses a criança deve ter adquirido os fatores protetores para essa faixa de idade.

Alguns desses indicadores, se ausentes isoladamente, já predizem o risco psíquico:

- a criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades;
- a criança estranha pessoas desconhecidas para ela;
- a criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada;
- a criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas;
- a mãe não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede;
- os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.

Dois ou mais de outros indicadores ausentes também predizem o risco.

É uma avaliação simples e rápida, sendo diferente da escala de Denver por ser pautada no risco psicológico, baseando-se na observação da relação entre o cuidador e a criança. A escala de Denver, por outro lado, avalia somente as aquisições neurológicas da criança, não levando em consideração o estado psíquico da criança e a relação desta com seu cuidador.

Diferente das outras escalas que pressupõe a doença, o que procuramos ao preencher essa avaliação do IRDI é a normalidade. Ou seja, toda vez que observamos a mãe usar o “mamanhês” com a criança, por exemplo, assinalamos a sua presença e não a presença de um fator negativo.

**Quadro 3** – Indicadores clínicos de risco para desenvolvimento infantil e respectivos eixos teóricos, segundo Kupfer (2009)

Idade em meses	Indicadores	Eixos
<b>De zero a quatro meses incompletos</b>	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	<b>SS/ED</b>
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (“mamanhês”).	<b>SS</b>
	3. A criança reage ao “mamanhês”.	<b>ED</b>
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	<b>PA</b>
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	<b>SS/PA</b>
<b>De quatro a oito meses incompletos</b>	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.	<b>ED/PA</b>
	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	<b>ED</b>
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	<b>ED/PA</b>
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	<b>SS/PA</b>
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	<b>ED</b>
	11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	<b>ED/PA</b>
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem lhe poupar o esforço.	<b>SS/ED/PA</b>
	13. A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	

(continua)

*(continuação)*

<b>Idade em meses</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Eixos</b>
<b>De oito a 12 meses incompletos</b>	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	<b>ED/SS</b>
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	<b>ED</b>
	16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	<b>ED</b>
	17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	<b>SS/PA</b>
	18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	<b>FP</b>
	19. A criança possui objetos prediletos.	<b>ED</b>
	20. A criança faz gracinhas.	<b>ED</b>
	21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	<b>ED</b>
<b>De 12 a 18 meses</b>	22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	<b>ED</b>
	23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	<b>ED/FP</b>
	24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	<b>ED/FP</b>
	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	<b>ED/FP</b>
	26. A mãe não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	<b>FP</b>
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	<b>SS/FP</b>
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	<b>FP</b>
	29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	<b>FP</b>
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.	<b>FP</b>
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	<b>FP</b>	

*(conclusão)*

A instalação do Projeto de Desenvolvimento Infantil teve seu início com as capacitações realizadas pela FMCSV e passadas a um grupo de profissionais de cada unidade, os quais se tornaram os replicadores das tecnologias para o DI nas outras unidades básica de saúde sob coordenação da OS Santa Catarina.

Houve sensibilização e capacitação dos técnicos sobre o preenchimento e avaliação do IRDI.

Tendo em vista o contexto de capacitação e implementação da utilização do IRDI nos atendimentos a crianças menores de três anos nas UBS, a finalidade deste estudo foi verificar se o IRDI está sendo efetivamente utilizado pelos profissionais de saúde que atuam nesses locais.

## **2 OBJETIVOS**

- 1) Verificar se os instrumentos do IRDI estão sendo preenchidos corretamente.
- 2) Verificar se há avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) anotado em prontuário das crianças.
- 3) Identificar o número de crianças que apresentaram risco.
- 4) Identificar o número de crianças que apresentaram atraso de desenvolvimento.
- 5) Identificar se houve intervenção proposta para essa criança.

## **3 METODOLOGIA**

Foi realizado levantamento de dados em prontuários de crianças que iniciaram o seu acompanhamento na UBS Parque Doroteia durante a implantação do projeto de acompanhamento do desenvolvimento infantil de julho de 2011 até agosto de 2012. Foram selecionados prontuários de crianças com menos de um ano de idade.

Na análise dos prontuários foram observados: o preenchimento do instrumento IRDI, informações a respeito do DNPM anotadas em prontuário, o número de crianças que apresentaram algum risco, o número de crianças que apresentaram atraso de DNPM, se há ou não condutas anotadas em caso de alterações.

## 4 RESULTADOS

Foram analisados 414 prontuários, sendo encontrados os dados relacionados nas tabelas a seguir.

**Tabela 1** – Prontuários com IRDI preenchidos e DNPM informados

	Número	Porcentagem (%)
Prontuários com IRDI preenchidos	245	59,17
Prontuários com DNPM informados	367	88,64
Prontuários analisados	414	100,00

Nessa tabela pudemos avaliar que, de 414 prontuários analisados, 245 apresentaram o IRDI preenchido, ou seja, 59% aproximadamente, e 367 prontuários com DNPM anotado, ou seja, 88% aproximadamente.

**Tabela 2** – Prontuários com DNPM considerado alterado

	Número	Porcentagem (%)
Prontuários com DNPM normal	352	95,91
Prontuários com DNPM alterado	15	4,09
Total de prontuários com DNPM informado	367	100,00

Dos 367 prontuários com DNPM anotados, 352 apresentaram DNPM normal, ou seja, 95% aproximadamente, e alterado 15 deles, ou seja, 4% aproximadamente.

**Tabela 3** – Prontuários com conduta médica definida diante de um DNPM alterado

	Número	Porcentagem (%)
Com conduta anotada	11	73,33
Sem conduta anotada	4	26,67
Total de prontuários com DNPM alterado	15	100,00

Na Tabela 3 temos que, dos 15 prontuários nos quais obtivemos DNPM alterado, 11 deles tinham conduta anotada, ou seja, 73% aproximadamente. Havia ainda quatro prontuários sem conduta anotada, ou seja, 26% aproximadamente.

**Tabela 4** – Prontuários com IRDI considerado alterado

	Número	Porcentagem (%)
Prontuários com IRDI normal	239	97,55
Prontuários com IRDI alterado	6	2,45
Total de prontuários com IRDI informado	245	100,00

Nessa tabela temos que, de um total de 245 prontuários com IRDI preenchido, 239, ou seja, 97% aproximadamente, apresentaram o IRDI normal e seis, ou seja, 2% aproximadamente, apresentaram o IRDI alterado.

**Tabela 5** – Prontuários com conduta médica definida diante de um IRDI alterado

	Número	Porcentagem (%)
Com conduta anotada	4	66,67
Sem conduta anotada	2	33,33
Total de prontuários com IRDI alterado	6	100,00

Quanto à Tabela 5, ela ilustra que, dos seis prontuários com IRDI alterado, apenas quatro, ou seja, aproximadamente 66%, tinham conduta anotada. Dois prontuários tinham descritas alterações no IRDI, mas não tinham conduta descrita, perfazendo 33% dos prontuários com IRDI alterado aproximadamente.

**Tabela 6** – Prontuários por faixa etária

	Número	Porcentagem (%)
De zero a quatro meses incompletos	129	31,16
De quatro a oito meses incompletos	176	42,51
De oito a 12 meses incompletos	109	26,33
<b>Total de prontuários analisados</b>	<b>414</b>	<b>100,00</b>

Na Tabela 6 podemos observar a distribuição por faixas de idade; dos 414 prontuários analisados, 129 deles eram de crianças de zero a quatro meses incompletos, 176 de crianças de quatro a oito meses incompletos e 109 de crianças de oito a 12 meses incompletos.

**Tabela 7** – Análise global de DNPM e IRDI por faixa etária

	0 a 4 meses incompletos	%	4 a 8 meses incompletos	%	8 a 12 meses incompletos	%
<b>Total de prontuários analisados</b>	<b>129</b>	<b>100,00</b>	<b>176</b>	<b>100,00</b>	<b>109</b>	<b>100,00</b>
DNPM informado	109	84,49	162	92,04	96	88,07
DNPM normal	106	97,25	155	95,68	91	94,80
DNPM alterado	3	2,75	7	4,32	5	5,20
IRDI preenchido	49	37,98	125	71,02	71	65,13
IRDI normal	49	100,00	122	97,60	68	95,78
IRDI alterado	0	0	3	2,40	3	4,22

## 5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos na Tabela 1, o preenchimento do IRDI foi menor quando comparamos com o DNPM anotado, o que é esperado, uma vez que o IRDI foi implantado recentemente e é difícil modificarmos as práticas dos profissionais. Entretanto, o resultado pode ser considerado, a meu ver, muito bom, pois demonstra que os profissionais estão mais atentos ao desenvolvimento integral das crianças.

Na literatura não foi possível encontrar estudos aos quais possamos comparar os dados encontrados; entretanto, Figueiras (2003) realizou um estudo



com 40 médicos e 40 enfermeiras, de Unidades Básicas de Saúde, e 40 equipes do Programa Saúde da Família em Belém. Em tal estudo foi realizado *Teste sobre o desenvolvimento da criança* para avaliar o conhecimento dos profissionais, bem como *questionário sobre as práticas relacionadas à vigilância do desenvolvimento da criança e entrevista com as mães sobre vigilância do desenvolvimento*.

No estudo de Figueiras (2003), uma das perguntas foi se o profissional avalia rotineiramente o desenvolvimento das crianças; quando feita aos médicos, 70,6% avaliavam rotineiramente, enquanto entre as mães, 27,6% tiveram seus filhos avaliados rotineiramente quanto ao desenvolvimento.

Apesar de situações diferentes e avaliações diferentes, suponho que o número de anotações em prontuário é significativamente elevado, ainda considerando que muitos profissionais têm o hábito de observar, avaliar e não anotar.

Quanto ao número de DNPM anotados, um trabalho realizado na Zona Leste de São Paulo por Torquato (2011) pode servir como base de comparação.

Comparou-se um grupo de 38 crianças institucionalizadas e que frequentavam escolas públicas com 43 crianças não institucionalizadas que frequentavam escola particular em período integral. As crianças eram todas pré-escolares, tendo sido utilizado como método de avaliação a escala de Denver II.

No grupo de crianças institucionalizadas a suspeita de atraso de DNPM foi de 31,6% e nas não institucionalizadas foi de 14%, sem diferenças significativas entre os grupos.

O nosso número de diagnósticos de atraso encontra-se abaixo do relacionado e comparado ao presente estudo, o que me leva a pensar que estamos subdiagnosticando na nossa região. Assim, estratégias de busca mais acuradas devem ser efetuadas, além da realização de mais estudos a esse respeito.

Quanto ao IRDI, aproximadamente 97% dos prontuários com IRDI preenchido apresentaram o IRDI normal e 2% aproximadamente apresentaram o IRDI alterado.

Quanto a esses dados, não encontrei dados na literatura para sua comparação, servindo como sugestão para estudos futuros com uma população maior e mais representativa da nossa cidade.

Quanto aos prontuários em que se observou alteração de DNPM e não tinham conduta anotada em prontuário, estes perfazem 26% daqueles com DNPM alterados.

Quanto ao IRDI, 33% dos prontuários com IRDI alterados não tinham conduta anotada.

Acredito que esse é um valor muito elevado tanto para o DNPM quanto para o IRDI; acredito ainda que muitas medidas foram tomadas nesses casos e que a falha tenha ocorrido na anotação no prontuário.

Para tanto deve haver continuamente um esforço para capacitação dos médicos quanto ao preenchimento dos prontuários e sua importância.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lamy Filho F, Medeiros SM, Lamy ZC, Moreira MEL: Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. Cienc Saúde Coletiva. 2011; 16(10).

Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano, no Plano Municipal de Habitação de 2000. [http://www2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/planejamento/plano\\_diretor/Plano\\_Municipal\\_Habitacao.pdf](http://www2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/planejamento/plano_diretor/Plano_Municipal_Habitacao.pdf).

K MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM, Stellin R, Pesaro ME, Lerner R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2010; (13):1.

Kupfer MCM, Jerusalinsky NA, Bernardino LMF, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM, Stellin R, Pesaro ME, Lerner R. [on line] Lat Am Journal of Fund Psychopath. 2009; 6(1):48-68.

Douglas D. Child Development. A practitioner's guide. Third edition; 1999.

Organização Social Associação Congregação de Santa Catarina. <http://www.ossantacatarina.org.br>.

Associação Congregação de Santa Catarina. <http://www.acsc.org.br>.

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. <http://www.fmcsv.org.br>.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromonico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6):1691-9.

Torquato JA, Paes JB, Bento MCC, Saikai GMPN, Souto JN, Lima EAM, Abreu LC. Prevalência de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor em pré-escolares. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2011; 21(2).





## Capítulo 5

Aprimorando conceitos e práticas  
de cuidado em creche filantrópica  
do município de São Carlos – SP

Marília De Paula

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)



## **Capítulo 5**

# **APRIMORANDO CONCEITOS E PRÁTICAS DE CUIDADO EM CRECHE FILANTRÓPICA DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS – SP**

Marília De Paula

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo (orientadora)

### **1 INTRODUÇÃO**

Em se tratando do conceito de CUIDADO, no que se refere à Primeira Infância, faz-se mister agregar várias matizes de estudos e reflexões que sustentem a relevância que a ação do cuidar tem para o desenvolvimento integral das crianças. Dentre estes pensamentos científicos, edificaremos nossa proposta em torno de conceitos retirados da Neurociência, posto que esta submete o desenvolvimento infantil ao crivo de pesquisas voltadas para avaliar os efeitos que os estímulos externos ao organismo são capazes de propiciar, especialmente às funções cognitivas e físicas e emocionais condicionadas pelo cérebro humano.

Quando falamos do papel da Neurociência para fundamentar a importância de ações de cuidado que sejam apropriadas e estimuladoras, podemos justificar seu uso no processo de desenvolvimento da estrutura neurológica humana. Estudos recentes sobre o desenvolvimento do cérebro humano demonstram que há um encadeamento na formação das estruturas cerebrais, as quais são ativadas e condicionadas nos primeiros anos de vida do indivíduo. Esse encadeamento ocorre desde a fase embrionária, com a multiplicação celular do embrião, desmembrando em si mesmo a formação do tubo neural,

que dá origem ao cérebro e à medula espinhal. Com o desenvolvimento normal dessas estruturas, organizando-se assim a citoarquitetura encefálica, que resulta na multiplicação e migração neuronal, constroem-se circuitos neuronais, que se ativam através de compostos neuroquímicos e/ou neurotransmissores. A ativação desses circuitos dá-se de forma interna ou externa. Quando interna, os circuitos neurais, ativados pela ausência ou presença de substâncias no sangue, colocam em funcionamento os neurotransmissores, que levam impulsos específicos a órgãos, cérebro ou medula espinhal para corrigir, reequilibrar ou identificar processos químicos. Quando externa, um estímulo alheio ao organismo em si ativa circuitos neurais específicos, pre-determinados ou inéditos, colocando em funcionamento os neurotransmissores que darão resposta neuroquímica – constantemente vinculada a glândulas – aos órgãos, cérebro ou medula espinhal que se devem afetar ou ser afetados pelo estímulo. (Mustard, 2010)

Como exemplo simplista, é possível citar o circuito neuronal que se constrói através dos nervos sensitivos óticos em relação aos alimentos. Dada a identificação desses nervos óticos com o alimento fotoidentificado na retina, neurotransmissores específicos levam impulsos elétricos e neuroquímicos às glândulas salivares e glândulas pilóricas, produzindo tanto a saliva quanto o suco gástrico. A essas rápidas e precisas identificações e processamentos, constantes e necessárias para a manutenção do organismo, o circuito neural responsável por essas respostas químicas acaba fortalecido e predeterminando seu funcionamento, denominando-se “incorporação biológica”, o que se dá não somente para fatores de manutenção da vida, mas também para funções cognitivas a serem desenvolvidas, emocionais, físicas para atos-reflexos, entre outros. Dados a identificação e processamento do impulso elétrico e neuroquímico, como por exemplo quando é consolidada a alfabetização e letramento, a resposta funcional da leitura dá-se instantânea, dado o fato leitor já estar internalizado, fortalecido e predeterminado tanto pelo circuito neuronal ótico já estabelecido quanto pelas relações neuronais estabelecidas num nível cognitivo inerente à intimidade cerebral. (Mustard, 2010)

Quando se fala em circuitos neuronais predeterminados pela constância do estímulo, seja ele interno, seja externo, a literatura científica voltada para



a Neurociência é pródiga em exemplos que fundamentam a necessidade de fomento de ideias e práticas salutares para que haja um pleno desenvolvimento da criança de zero a três anos. Em livros como *Do desenvolvimento da Primeira Infância ao Desenvolvimento Humano*, organizado por Mary Young e Linda Richardson, ambas a serviço do Banco Mundial, encontramos relatos de pesquisas de caráter não invasivo, relacionados a estimulações externas feitas com crianças de zero a três anos que comprovam os efeitos benéficos ou maléficos dessas estimulações num nível físico-emocional-cognitivo. Nesse mesmo livro, encontramos o exemplo do sistema glandular hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), dada a estimulação externa e negativa, como situações de ansiedade e medo, condutoras da produção de corticosteroides (esteróis). Esses hormônios, quando em níveis elevados, afetam todos os sistemas e órgãos do corpo, incluindo o cérebro. Este, por sua vez, regula o nível de esteróis no sangue através de *feedback* negativo, liberando o hormônio corticotropina (CRH), através da hipófise. Esse hormônio, além de fazer a regulação de esteróis no organismo, afeta indiretamente o funcionamento cerebral, produzindo efeitos colaterais como mal-estar físico, aumento da pressão sanguínea, entre outras modificações na estrutura cerebral. Soma-se ainda e não menos perniciosamente o fato de os esteróis aumentarem os batimentos cardíacos e a sensação de estresse, o que multiplica as implicações lesionantes de estímulos negativos. Outro agravante é o fato de o organismo predeterminar tais estímulos e manter constantes e elevadas as taxas de esterol no sangue, provocando no indivíduo um constante estado de estresse e mal-estar. Sabe-se, ainda, que esses circuitos formam-se e consolidam-se em nível neuronal nos primeiros anos de vida, o que implica em sensações de angústia, ansiedade, insegurança, mal-estar, que afetam aspectos cognitivos, emocionais e motores, comprometendo a integralidade do desenvolvimento. (Mustard, 2010)

Em contrapartida, estudos (Mustard, 2010) analisados a partir de estimulações positivas do córtex visual no período crítico do desenvolvimento pós-natal são relevantes para a competência cortical na vida adulta. Segundo essas pesquisas, quanto maior a diferenciação de cores transformadas em sinais elétricos e enviadas ao córtex visual, tanto maior será a acuidade visual do indivíduo adulto; sendo este ou não exposto, terá comprometido o seu

sistema sensorial, pois há um período de maior sensibilidade para as conexões e formação dos neurônios.

Sendo assim, adquirem valor ainda mais destacado os primeiros cuidados proporcionados pelos primeiros cuidadores, incluindo os profissionais de educação infantil, posto que, oferecendo à criança, em sua primeira infância, acolhimento, continência, atenção e os estímulos necessários para seu pleno desenvolvimento psíquico e sensório-motor, dão-se a ela possibilidades concretas de galgar em plenitude as etapas vindouras de seu desenvolvimento como ser humano. Segundo Cypel (2011), a partir das situações do cotidiano que vão se sucedendo, organiza-se e amplia-se a circuitação neuronal da criança, que é a expressão anatômica e dinâmica da estruturação neurológica responsável pela manifestação das futuras reações comportamentais.

Ao indicarmos o cuidador como indivíduo capaz de aplacar e acolher as angústias da criança em sua primeira infância, não podemos deixar de citar quão grande e importante é o papel dos cuidadores e educadores das creches, que são o foco de nossa atenção neste trabalho. Ao citarmos as creches, indispensável é localizá-las dentro de seu contexto histórico internacional e nacional, para assim entendermos sociológica, jurídica e educacionalmente a problemática das dicotomias existentes na educação e o cuidado para os agentes educacionais contratados por essas instituições.

As instituições de educação infantil nasceram na França, no século XVIII, em resposta às situações de pobreza, abandono e maus-tratos de crianças pequenas, cujos pais trabalhavam na indústria e minas, após a Revolução Industrial. Entretanto, os objetivos e as formas de tratar as crianças dos extratos mais carentes da sociedade não eram consensuais, posto que a elite entendia ser pernicioso para a sociedade como um todo educar-se as crianças carentes, sendo a elas, então, destinada uma educação apenas na ocupação e na piedade. (Forest; Weiss 2002)

Durante longos anos, as instituições destinadas à educação da primeira infância eram baseadas, tanto espacialmente quanto em relação à rotina, em função de ideias de assistência, custódia e de higiene da criança. Já as instituições voltadas a dar conta da educação infantil, no Brasil, inicialmente foram constituídas para dar conta de atender às demandas oriundas das empregadas domésticas, que necessitavam de um espaço de assistência que lhes

recebesse os filhos no começo do dia e os devolvesse ao final. Atribuía-se a ambas as creches, tanto as brasileiras quanto as europeias, o único compromisso de compensar aquilo que faltava à criança, além de isolá-la de meios perniciosos, como a rua, e oferecer educação de baixa qualidade, já que as crianças pobres deveriam ser direcionadas a uma educação que as submetesse a uma posição social de submissão. Sendo essa a ideologia impregnada nos procedimentos, excluía-se dessa camada da sociedade seus direitos como pertencentes a um país democrático, laico e justo.

Atualmente, muito se tem criticado sobre esse caráter assistencialista das creches; por conta disso, muitas delas aplicam-se no processo de desenvolver cada vez mais atividades de cunho pedagógico junto às crianças, negligenciando, dessa vez, o papel do cuidado.

As décadas de 1970 e 1980, marcadas por mudanças na política interna brasileira, foram cruciais para as posteriores modificações nas políticas públicas voltadas para a educação. Na Constituição de 1988 foi assegurada, em seus artigos referentes à educação, a garantia do atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos, como direito de todos e dever do Estado. Na sequência, o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, em seu artigo 53, reforça esses direitos. Mais tarde, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 (Lei nº 9394/96) estabeleceu para o município a responsabilidade constitucional e legal em relação à educação infantil e ao Ensino Fundamental, dando prioridade ao Ensino Fundamental. É a primeira vez que a expressão “educação infantil” aparece na LDB e é definida como a primeira etapa da educação básica, tendo como finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade. A lei estabelece que a educação infantil seria oferecida em creches para crianças de até três anos de idade e em pré-escolas para as crianças de quatro a seis anos. Essa distinção entre creches e pré-escolas é feita unicamente pelo critério de faixa etária, sendo ambas instituições de educação infantil. Atendendo às exigências da lei, as creches passaram a integrar-se ao Sistema Municipal de Educação, deixando de ter um caráter “assistencial”, que historicamente se caracterizou como um atendimento de guarda para crianças de famílias de baixa renda. A creche deixa de ser um espaço de “guarda” para caracterizar-se como agência de educação.

Nesse sentido, as instituições de Educação Infantil incorporam o conceito de educar e cuidar, comprometendo-se com o desenvolvimento integral da criança, no sentido físico, social, emocional e cognitivo. Daí nasce a necessidade de comprometimento dos profissionais da educação com os dois conceitos essenciais: cuidar e educar, cabendo aos municípios a incumbência de fazer valê-los. No entanto, ocorre que ainda há certa obscuridade na aplicação das duas práticas dentro do ambiente da educação infantil, e ora dedica-se esforço e atenção apenas aos cuidados – sendo estes bastante vinculados aos procedimentos internalizados empiricamente –, ora dedica total atenção apenas às atividades pedagógicas, que culminam num distanciamento do que é necessário. Segundo o *Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil*, publicado em 1998, na vigência do ministro da Educação Paulo Renato de Souza, para se alcançar essa integração entre ações de cuidado e educação é preciso, primeiramente, que os profissionais de educação tenham total compreensão do que seja cada um desses conceitos.

## 1.1 Possíveis dimensões de cuidado

Todo indivíduo quando nasce, em nossa sociedade ocidental, é iniciado em ritos de passagem que lhe propiciam um vir a ser humano. Seja o batismo, a circuncisão, seja outros tantos rituais, acabam por estabelecer ao indivíduo uma possibilidade de entender o mundo e se fazer pertencer, sempre sob os cuidados de um agente (Figueiredo, 2009). Esse agente cuidador, quando oferece ao indivíduo as experiências integradas, que são as ligações, formas, sequências e inteligibilidade dos fatos, possibilita ao sujeito implicado que ele consiga visualizar sentido aos acontecimentos, bem como incorporá-los como hábitos ou práticas cotidianas, que resultarão, como sequência lógica da vida, que o sujeito se torne também, no futuro, um agente cuidador.

Na literatura científica, podemos encontrar diferentes dimensões para o cuidado com o outro, as quais possibilitam a este seu pleno desenvolvimento como criança e como ser. Uma delas é a função de sustentar e conter, que, segundo o mesmo autor, são as ações exercidas pelo agente cuidador e que dão conta de desempenhar tarefas transsubjetivas pelo sujeito implicado. São essas tarefas que oferecem, ao indivíduo em formação, referências simbóli-

cas de conforto, satisfação dos desejos primitivos, compreensão do mundo em suas mais complexas relações, introjeção de sonhos, do mundo das palavras e da expressão do psiquismo, entre tantas outras possibilidades.

Tanto para a experiência da continuidade quanto para a de transformação, a presença implicada do outro transubjetivo é, portanto, indispensável, segurando, agasalhando, alimentando e “sonhando” das maneiras mais diversas, desde as mais concretas até as mais sutis e espirituais. (Figueiredo, p. 127, 2009)

É também tarefa do agente de cuidados exercer a função de reconhecer, uma modalidade de cuidado que auxilia a criança a entender sua própria intersubjetividade, na medida em que espelha a criança para dentro e para fora de si mesma.

Esta modalidade de cuidados pode passar despercebida, tão discreta ela pode ser, mas sua falta se revela extremamente nociva para a instalação da autoimagem e da autoestima. (Figueiredo, p. 127, 2009)

Há também as tarefas de interpelar e reclamar, que, segundo o mesmo autor, devem ser exercidas com a finalidade de chamar o ser em formação à vida, para que saia de dentro de sua subjetividade e se reconheça como indivíduo e como agente transformador. Essa interpelação favorece o sujeito a vir a ser, uma vez que lhe reclama resposta aos estímulos.

Mas ainda antes de aprender a falar, seja sorrindo, seja olhando, estendendo os braços, etc., ele vem a ser como resposta a doce interpelação que a mãe lhe faz: a mãe reclama sua presença viva e interativa. (Figueiredo, p. 129, 2009)

É justamente essa interação que deve ser propiciada como um dos procedimentos de cuidado, uma vez que ocasiona desconforto pela resposta e reação pelo desconforto de ter de sair de si mesmo.

Ainda de comum acordo, afirmam Ceccim e Palombini (2009) que o desenvolvimento infantil tem intimidade com a sintonia afetiva que se estabelece entre seu cuidador e a criança.

O desenvolvimento do bebê se faz por *sintonias afetivas* e por *acomplamento cognitivo* com os adultos [...], servindo estes como meio à exploração do mundo e não como matriz dos significados que vão povoar para sempre o inconsciente. (Ceccin; Palombini, p. 172, 2009)

Por conta disso, os excessos dessa intersubjetividade transubjetiva, segundo Figueiredo (2009), implicam numa situação de claustrofobia íntima à criança, uma vez que lhe dá a sensação de impotência diante dos fatos, auto-crítica desregulada, além de ausência de espontaneidade.

Todos os exageros da presença implicada, contudo, comportam modos de aprisionamento psíquico, de imobilidade e incapacitação. (Figueiredo, p. 130, 2009)

Essa capacidade de se manter como presença implicada ou presença de reserva, num equilíbrio dinâmico de funções, é ainda uma problemática inerente à própria condição de cuidador, posto que manter a neutralidade e passividade, tanto para a implicação pura, excessiva, corresponde à capacidade de mutuar papéis, compartilhar e operar relações de colaboração.

Reconhecer a finitude e o limite deixará o cuidador mais sensível aos objetos de seu cuidado e muito menos propenso a exercer tiranicamente seus cuidados, uma hipótese que não pode ser ignorada. (Figueiredo, p. 131, 2009)

É preciso também que o cuidador, ao permitir-se mutuar papéis, saiba identificar quão benéfico é para a criança ter seu espaço livre para a expressão e reprodução do que vivencia. Assim se ativa o senso de responsabilidade e reconhecimento das capacidades do outro.

A base de todo o movimento é exatamente o da retirada estratégica do agente cuidador: ele se mantém em reserva para convocar à ação, ou seja, dar ensejo à criatividade autocrítica do sujeito. (Figueiredo, p. 127, 2009)

O processo de ativação da responsabilidade e das capacidades do objeto de cuidado deve ter como norte desenvolver e introjetar no indivíduo a noção de que ele também é capaz de fazer, e essa noção está intimamente ligada às práticas de cuidado recebidas.

Nesta medida [...] apenas a moderação das fantasias onipotentes do cuidador – estabelecendo o limite do que faz e do que pode fazer – lança as bases para que seus fazeres não se confundam com poder e domínio. (Figueiredo, p. 133, 2009)

## 2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que com o advento e exploração mercadológica da Educação como meio de sobrevivência e abertura espacial para a aquisição de certificados de nível superior, muitos profissionais dessa área formam-se com muito poucas habilidades técnicas para o labor diário. Agrega-se e sobrepõe-se a isso o fato de as famílias contemporâneas, cada vez mais, destinarem a educação e os mais básicos cuidados de suas crianças às instituições educacionais, que, por sua vez, dão prioridade para a eficácia do serviço a ser prestado, e não necessariamente à excelência do processo. Nesse aspecto, tanto para as famílias quanto para os observadores, podemos entender por eficácia na prestação do serviço todas as ações que se pautam como garantia do direito ao acesso à Educação e garantia de poder usufruir desse serviço.

Ao citar-se o problema da excelência das ações voltadas para as necessidades atuais dessas crianças, essencialmente daquelas que se encontram na primeira infância, surge o agravo de elas estarem potencialmente propensas ao aprendizado e a descobertas, fatos esses que por si só já caracterizam aos seus cuidadores um olhar diferenciado e atento às ações diárias que as envolvam e estimulem. Potencialmente, é na fase dos três primeiros anos de vida que se encontram as melhores oportunidades para construir valores, saberes, gostos e diretrizes ao indivíduo.

No entanto, surge como problema comum às escolas de Educação Infantil a falta de informação a respeito do processo de desenvolvimento da criança de zero a três anos, especialmente no núcleo das educadoras, que se dividem em graduadas e não graduadas no Ensino Superior. Em municípios com São Carlos, no interior do estado de São Paulo, exige-se por lei que toda educadora da rede municipal de Educação Infantil possua ensino superior. Porém, segundo dados do Censo do Professor 2009, do Ministério da Educação, na Educação Infantil brasileira apenas 48,1% dos educadores são formados em

ensino superior, 41,3% têm até o Ensino Médio e 10,7% só cursaram até o Ensino Fundamental (Censo, 2009). Em se tratando das que possuem certificação no ensino superior, constata-se uma gigantesca defasagem de conceitos a respeito da promoção do desenvolvimento infantil nas menores ações que se convertam aos pequenos.

Unir ações a conteúdos é o grande problema da Educação Infantil promotora de desenvolvimento integral das crianças. Ora o educador perde-se em si mesmo ao voltar seu olhar apenas para ações de caráter pedagógico, ora o educador encontra sentido apenas nas ações de cuidado e promoção de saúde e/ou agravos. Aliam-se a esses fatores o problema da ausência de estrutura, ações e material de apoio que favoreçam o trabalho docente, sem contar o respaldo financeiro e coordenativo que, muitas vezes, impedem as ações do profissional, ou então desmotivam e influenciam negativamente a tomada de posição.

Como observadores da prática rotineira das educadoras, em seu dia a dia, podemos observar que, como bagagem de alguns anos de estudo na área da Educação, o educador dessas instituições consegue adequar, razoavelmente, seu labor diário às práticas cotidianas voltadas para o lúdico, o letramento e a socialização. No entanto, práticas ostensivas de cuidado que se convertam em benefícios e promoção do desenvolvimento pleno dessas crianças são negligenciadas ou aplicadas de forma caseira, muito pouco técnica. Em se tratando de crianças de zero a três anos, o cuidar se multiplica de aspectos fortificantes do processo de desenvolvimento, justamente porque coloca a criança no contato direto imbuído de afeto (ideal), que acarreta na real apreensão daquilo que lhe é proposto. Reconstruir o processo do cuidar, intolerando as ações que são mecanicistas e priorizando aquelas que fortificam a construção do indivíduo como ser em potencial são, sim, preocupações que devem ser colocadas em pauta na literatura científica e na prática escolar.

Multiplicam-se em nosso país escolas que necessitam de intervenção no que concerne às práticas e conceito de cuidado às crianças de zero a três anos. Dentre elas, foi escolhida a Instituição Filantrópica Obras Sociais Francisco Thiesen, que agrega em sua cartela de ações voltadas para o desenvolvimento social a Escola de Educação Infantil “Anália Franco”, situada em São Carlos – SP. Essa escola, no ano de 2012, agrega em seu quadro



de funcionários tanto profissionais graduados em Pedagogia quanto monitoras recém-saídas do Ensino Médio. Ambas com muitas defasagens de conceitos, embora comprometidas com a educação daqueles que lhes são confiados. Sobrepõe-se a elas o fato de a escola estar situada em local de risco social e pobreza extrema, fatores que corroboram para que práticas assistencialistas se salientem, em detrimento de ações de caráter educativo e/ou de cuidado. Distribuição de roupas e mantimentos aos pais, abrigo às crianças em situação de risco, encaminhamento das famílias carentes para outros serviços que a Instituição oferece são algumas das ações de caráter assistencialista que se estabelecem entre as educadoras, usurpando delas a dedicação que lhes deveria estar votada tão somente aos cuidados, educação e instrução das crianças.

Sendo assim, uma intervenção de caráter pedagógico faz-se de suma importância para se promover uma melhor qualificação a essas profissionais, incorporando-se referências das áreas de Educação e Saúde. Utilizar de conceitos relativos a uma aprendizagem dialógica, baseada em Habermas, pouco invasivas, são ações de caráter educativo imprescindíveis para a melhora das ações dessas educadoras. Ampliar seus horizontes sobre as práticas relativas à promoção do desenvolvimento infantil e que se constituem em ações de cuidado é a proposta deste trabalho, bem como uma discussão aberta sobre a problemática da Educação em Saúde da Criança de zero a três anos, buscando a ampliação e recuperação das defasagens de caráter educativo e que dizem respeito a tudo aquilo que não foi assimilado durante a graduação.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

O objetivo geral deste trabalho é promover formação a oito profissionais da Educação, que atuam na Escola Espírita de Educação Infantil “Anália Franco”, do município de São Carlos – SP, coerente com as diretrizes curriculares para a educação infantil, visando à melhoria da atenção à criança nessa instituição.

## 3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste trabalho reservam-se a:

- mapear aspectos da formação, conhecimentos e práticas das profissionais acerca do cuidado da criança em instituição de educação infantil;
- discutir o trabalho pedagógico das profissionais;
- debater os conceitos de cuidado e educação na Educação Infantil;
- iniciar a elaboração de um protocolo de boas práticas de cuidado da criança na Escola de Educação Infantil “Anália Franco”.

## 4 MÉTODO

Participaram desta prática de intervenção oito profissionais da área de Educação vinculados profissionalmente à instituição filantrópica e sem fins lucrativos Obras Sociais Francisco Thiesen, que agrega em sua cartela de serviços sociais a Escola de Educação Espírita Infantil “Anália Franco”, na cidade de São Carlos – SP, interior de São Paulo. Dentre esses profissionais, destacamos que quatro são monitoras, com formação acadêmica de nível médio, e quatro são educadoras, com formação acadêmica de nível superior.

São atendidas 90 crianças, pertencentes às fases 2, 3, 5 e 6 da Educação Infantil, que corresponde às crianças entre dois e seis anos de idade. Durante as atividades diárias, apenas às educadoras estão as responsabilidades de planejamento de aulas e às monitoras estão as responsabilidades de dar suporte às atividades educativas.

Ao desenvolvermos todo o processo de intervenção, buscamos como norte do trabalho a ampliação dos conceitos a respeito do tema cuidado, dentro da Educação Infantil. É sabido que existem defasagens de ordem conceitual e de formação; no entanto, segundo Gonçalves (1999), o aprendizado se faz através das relações dialógicas que se compõem para o desenvolvimento da cognição. Sendo assim, foi construída uma teia de ações teleológicas, adotadas como ponto de partida para as ações de intervenção pedagógica.

Essa tomada de posição, que coloca o sujeito da intervenção como membro ativo do processo de se atualizar e reaprender, fundamenta-se no fato de que ninguém é suficientemente inócuo a assuntos de aspecto relacionados a sua prática e que, sob a proposta de construir juntos um novo paradigma para aquilo que nos falta, somos levados a ouvir o outro, aceitar o que diz e, se não, a usarmos de melhor argumento para convencê-lo, ou ao menos fazê-lo refletir sobre outras alternativas.

Serão realizados encontros de intervenção junto às profissionais citadas. Será utilizada abordagem qualitativa de pesquisa, com vistas a aplicar questionário pré e pós-intervenção.

Para fins de planejamento da formação e sensibilização das profissionais para o tema, foi aplicado questionário pré-intervenção, que abrangeu conhecimentos, atitudes e práticas das educadoras, relativos ao cuidado da criança, visando mapear suas dificuldades e dúvidas. (Anexo 1)

Essa proposta de intervenção pedagógica destinada às educadoras da Escola de Educação Infantil “Anália Franco” foi colocada em discussão no mês de junho, quando foi sugerido à direção e coordenação da Instituição que se fizesse uma atividade que pudesse ampliar alguns conceitos que se executam na prática da vida escolar. Através dessa conversa, pudemos fixar a atividade nos dias 26 e 27 de julho, que seriam as datas de retorno das educadoras às atividades, após o recesso. A direção da escola nos garantiu o espaço e os recursos necessários para a proposta, mediante o acordo de que não se consumisse mais que dois dias do trabalho das educadoras. Sendo assim, fixamos a carga horária de 10 horas de curso no dia 26 de julho e 5 horas de curso na manhã do dia 27.

A intervenção consistiu num processo educativo para formação em serviço, estruturado em encontros organizados como segue:

## ROTEIRO DE INTERVENÇÃO

### 1º ENCONTRO

- Apresentação do tema da intervenção e respectiva distribuição de questionário a ser respondido pelos participantes. 45’
- Vídeo “Babies”. 60’
- Explanação a respeito de conceitos do Desenvolvimento Infantil. 90’
- Abertura para discussão e questionamentos. 45’
- Estudo aberto de caso. 60’

### 2º ENCONTRO

- Vídeo “Super Cérebro” e retomada da discussão sobre o Desenvolvimento Infantil. 45’
- Vivência com um bebê de silicone e questionamento oral: Se este bebê fosse seu, quais seriam os cuidados prestados a ele em sua casa? Se este bebê fosse seu aluno, quais seriam os cuidados prestados a ele na creche? 45’
- Abertura para discussão e questionamentos. 45’
- Explanação a respeito de conceitos de Cuidado E Educação na Educação Infantil. 75’
- Vídeo “Forças Interiores da Mudança”.

### 3º ENCONTRO

- Apresentação de vídeo contendo práticas adequadas para o cuidado na Educação Infantil. 60’
- Abertura para discussão e questionamentos. 60’
- Explanação a respeito de Como Estimular através do Cuidado. 60’
- Início de elaboração de protocolo para boas práticas de cuidado para a Escola de Educação Infantil “Anália Franco”. 60’
- Avaliação coletiva do protocolo. 30’
- Distribuição de questionário a ser respondido pelas profissionais envolvidas no processo de intervenção. 30’

Ao final das atividades de formação, foi entregue um instrumento com a seguinte questão: “o que poderia modificar em suas práticas em sala de aula, a partir do que aprendeu na intervenção?” Essa questão teve a função de avaliar o impacto das atividades de formação sobre as educadoras.

## 5 RESULTADOS

Como início da proposta de intervenção, foi cumprido o procedimento de mapeamento das dificuldades e dúvidas que poderiam existir, a respeito do tema deste trabalho. Numa primeira sondagem, analisando-se os dados iniciais preenchidos no questionário oferecido às educadoras, observou-se que:

- 100% do grupo pertence ao gênero feminino;
- flutuam na média de 20 a 33 anos de idade;
- possuem experiência variada, entre nove meses e 11 anos de trabalho com a educação infantil;
- quatro professoras possuem nível superior em Pedagogia;
- todas as monitoras estão matriculadas no ensino superior, cursos cujo término previsto varia entre 2012 e 2013;
- nenhuma delas está matriculada ou possui título de especialização e/ou pós-graduação.

Quanto aos conceitos de Cuidado na educação infantil, algumas professoras responderam como definição do termo “cuidado”: “zelo pela integridade completa da criança, física, emocional e social”; “cuidado evoca o amor”; “orientar as crianças, de forma que consigam compreender os perigos e consequências de determinadas atitudes”, entre outras.

Com relação à memória do que já estudaram na graduação, que lhes remetia ao conceito de “cuidado”, todas elas alegaram não ter formação acadêmica para esse tema.

Algumas educadoras não souberam dizer a quais fases dedicam maior atenção às práticas de cuidado, na dinâmica da Educação Infantil, outras, por sua vez, assinalaram que até a fase 4 se deve dedicar atenção concentrada. A

maioria anotou dar mais atenção para as fases 1 e 2 da Educação Infantil, que dizem respeito ao berçário. Apenas uma educadora assinalou que se deve dar atenção a todas fases.

Ao se propor que analisassem o próprio trabalho prático de atenção e cuidados às crianças, nenhuma das educadoras faz referência a leituras de manuais e livros que tratem do tema – a grande maioria assinala que reproduzem o que aprenderam observando pessoas próximas cuidarem de suas crianças e o que aprenderam observando os colegas de trabalho.

Na questão que tratava das dificuldades e facilidades do trabalho em sala de aula, todas as educadoras consideraram fácil manter a alimentação sadia das crianças e deixá-las em contato com a natureza. Todas elas assinalaram ter dificuldade em ensiná-las a organizar seus brinquedos e apenas uma assinalou ter dificuldade em abrir diálogo e ouvir as crianças.

Quanto à didática em sala de aula, todas as educadoras assinalaram usar livros didáticos com figuras e esquemas, para ilustrar conteúdos. Nenhuma fez referência ao uso de recursos multimídia ou experimentos.

Quanto às dificuldades encontradas pelas educadoras para abordarem o tema “cuidado”, metade das professoras assinalaram que a faixa etária das crianças é o fator que mais dificulta o procedimento.

Quando se trata do uso do livro didático do professor, que contém orientações para vivências em sala de aula, no que diz respeito ao cuidado com o corpo, com os brinquedos, com a natureza, com os sentimentos, há unanimidade em dizer que o livro facilita o próprio processo de entendimento do conteúdo e que usá-lo é um ganho significativo para o trabalho no dia adia.

Ao se propor que o conceito de “cuidado” seja tratado como prioridade no trabalho da Educação Infantil, apenas uma professora discorda dessa afirmação, alegando que o “cuidado” deve ser o ponto de partida para as outras práticas. Todas as outras afirmam que esse tema deve ser prioridade em suas atividades diárias.

Ao ser finalizado o preenchimento do questionário, iniciamos nossas atividades de formação com a apresentação do vídeo “Babies” e posterior apresentação dos conceitos de Desenvolvimento Infantil, na busca por um alinhamento conceitual. Em seguida, foi aberta a discussão para possíveis interpelações e comentários, através dos quais registramos diálogos como:

*“não sabia nada do funcionamento do cérebro”*; *“temos vontade de fazer mais por elas (crianças)”*; *“quem cuida tem grande responsabilidade nas mãos”*; *“poderíamos mostrar esse vídeo nas reuniões de pais”*, entre outros. No momento do estudo de caso, foi oferecido às educadoras a história de Helen Keller, pedagoga surda-muda e cega que se descobriu como pessoa e como agente de transformação, a partir do momento que teve uma preceptora que dedicou grandes esforços de cuidado para ajudá-la a entender o mundo.

Após o intervalo, foi apresentado às educadoras o vídeo “Super Cérebro” e iniciou-se outra roda de conversas a respeito do caso lido anteriormente e o filme. A maior parte delas disse compreender a necessidade de estimular as crianças de todas as formas, mas que possuem dificuldades para colocar isso em prática no dia a dia. Algumas relataram que acreditam não ser apenas o trabalho da escola que dará conta de desenvolver integralmente a criança, mas sim o trabalho que inclui a família e a comunidade. Nesse momento, algumas professoras assim relataram: *“a escola, infelizmente, luta sozinha, pois os pais não se envolvem e a comunidade parece querer apenas sugar a escola”*.

No término da discussão, oferecemos a elas uma vivência prática para posterior questionamento – vivência com um bebê de silicone e questionamento oral: “Se este bebê fosse seu, quais seriam os cuidados prestados a ele em sua casa? Se este bebê fosse seu aluno, quais seriam os cuidados prestados a ele na creche?”. As educadoras foram divididas em dois grupos, em que cada um deveria descrever os procedimentos que fariam aos bebês de dois anos, no momento do café da manhã, em casa e na escola. Observou-se que aquelas educadoras que deveriam cuidar do “bebê” em casa construíram uma teia de procedimentos bastante mecanizada, muito pouco afeita de ações estimulantes aos bebês: destacaram acordar o bebê, oferecer a mamadeira e o alimento sólido, sentá-lo à frente da tv e continuar as atividades da casa. Já as educadoras que deveriam cuidar do “bebê” na escola, observaram procedimentos como: limpar mesas e cadeiras antes de acomodar o bebê, observar troca de fraldas, lavar as próprias mãos, lavar as mãos das crianças, oferecer o leite e o alimento sólido, higienizar a boca das crianças após a refeição, trocar fraldas e retornar às atividades do dia. Pressupondo-se que as ativida-

des realizadas rotineiramente no ambiente escolar deveriam ter impregnadas algumas noções a respeito do desenvolvimento integral da criança, nenhuma das educadoras pronunciou a palavra “afeto”, “carinho”, “liberdade”, “responsabilidade”, para os procedimentos que descreveram. Essas ausências demarcaram as lacunas que já eram observadas na prática das educadoras, e que foram confirmadas através da vivência.

Dando continuidade, abriu-se novamente o espaço para o diálogo, oferecendo às educadoras um momento para a reflexão de suas práticas, observação do que faziam de forma caseira e, principalmente, da responsabilidade que possuem, ao se denominarem “técnicas” no trabalho de cuidado com as crianças. Foi esclarecida a elas a necessidade de se estabelecerem procedimentos-padrão para as práticas da escola, com o objetivo de se prevenir doenças infectocontagiosas, hábitos inseguros de segurança alimentar, entre outros.

Após, foi apresentado às educadoras um vídeo sobre o desenvolvimento do neocórtex e arqueocórtex, e como estimular essas regiões do cérebro, para se produzirem os efeitos que se deseja, a curto e longo prazo.

No dia 27 de julho de 2012, ao reiniciarmos a proposta de intervenção pedagógica, as educadoras assistiram a um vídeo sobre Cuidado e Educação, produzido pela Editora Unesp, o qual suscitou questões como: “os cuidados devem não criar o hábito na criança, mas sim dar condições de liberdade e autonomia”; “muitas de nós ficamos inseguras ao deixarmos as crianças fazerem as coisas sem nossa supervisão”; “acho que deveríamos deixar um dia, ao menos, na semana, para que as crianças pudessem escolher os alimentos que querem comer e se servir”. Observou-se que as educadoras, a partir dessa vivência, passaram a questionar suas práticas educativas e a compor um leque de possibilidades que acreditavam ser melhor para o desenvolvimento dos pequenos.

Aproveitando o ensejo, iniciamos uma explanação quanto a como estimular através do cuidado, proporcionando alguns esclarecimentos a respeito dos processos cognitivos que são ativados através de vivências significativas e compostas de afetividade. Em seguida, iniciamos a confecção de um Protocolo de Boas Práticas de Cuidado, para a instituição. Todas as propostas foram anotadas em ata da escola, para que pudessem ser colocadas em práti-



ca com o respaldo legítimo, bem como para dar continuidade às outras propostas cabíveis ao protocolo, mas em outro momento, como nos Horários de Trabalho Pedagógico Dirigido.

Como última proposta de intervenção, foi solicitado, às mesmas educadoras, que respondessem um último questionário, de proposta avaliativa, que propunha fazê-las discursar sobre “o que poderiam modificar em suas práticas em sala de aula, a partir do que aprenderam na intervenção?”. Com base nessa pergunta, foram colhidas respostas como: *“Pretendo melhorar minhas aulas, de forma a auxiliar as crianças a serem mais independentes.”*; *“Quero modificar o jeito de corrigir, porque percebi que estou fazendo do jeito errado.”*; *“As crianças sonham os nossos sonhos. Quero poder alimentar nelas coisas mais divertidas, histórias que valham a pena.”*; *“Não quero que cuidem apenas do corpo e dos brinquedos, vou procurar ajudar que façam menos coisas perigosas e mais coisas que no futuro possam lembrar, como: ‘Minha tia, na escolinha, uma vez me ensinou a amarrar os sapatos assim’...”*.

## 6 DISCUSSÃO

Quando abrimos o espaço para a discussão e atualização de conceitos relativos às práticas de Cuidado, observamos que as educadoras, ao se permitirem falar e expressar suas angústias e inseguranças, puderam compreender que não se tratava de algo novo, nem de fórmulas prontas e seguras de atingir os resultados esperados, mas, sim, que tudo seria construído, à medida que se esforçassem para colocar em prática tudo aquilo que entendem como conteúdo. Observamos esse dado, a partir de suas falas: *“temos vontade de fazer mais por elas (crianças)”*; *“quem cuida tem grande responsabilidade nas mãos”*, que demonstram terem internalizado essas novas responsabilidades, antes pouco informadas.

Quando demos início à formulação do protocolo de puericultura, as educadoras foram bastante perspicazes ao relacionarem os conteúdos que foram aprimorados às práticas que é necessário rever ou implantar. Não houve necessidade de intervenção teórica, posto que as elas mesmas souberam distin-

guir o que seria possível e o que ainda não teriam condições de fazer, uma vez que a instituição, como anteriormente mencionado, tem um grande percentual de ações voltadas para a assistência social. Naturalmente, por conta dessas mesmas condições da instituição em que realizamos a intervenção, pode-se notar que há uma notável carência de recursos de ordem educativa, que corroborariam melhores práticas de cuidado, higiene, prevenção de acidentes e segurança alimentar. No entanto, em conversa e através das trocas oferecidas pelos conteúdos e pelas experiências compartilhadas, pode-se chegar a alguns acordos de melhoria e proposta de incorporação de novos ou antigos hábitos, então perdidos ou negligenciados.

De fato, a carência de informação a respeito do processo de desenvolvimento integral das crianças sufoca e engessa algumas práticas que poderiam ser mais bem executadas, para se receberem os resultados que, no fundo, são aguardados por todos, pais, escola e sociedade. Entender a ausência de informação, não como um problema, mas como um novo desafio para o trabalho na Educação Infantil, seria o ideal para os profissionais dessa área. No entanto, como forma de superar essas carências, muitos dos profissionais dessa área agem através de reprodução do que assistem, num movimento de dar continuidade àquilo que acreditam já estar dando certo.

A Educação Infantil, de um modo geral, vem agregando em sua matriz de referências a necessidade de se introduzirem nas escolas os profissionais graduados ou técnicos, para atuarem junto às crianças. No entanto, compreendendo-se que a promoção do desenvolvimento infantil ainda é um campo novo dentro da área da Educação, diferentemente da área da Saúde – que há anos lança manuais de como cuidar do bebê, como perceber seu desenvolvimento, etc. -, há a necessidade de se julgar de forma mais branda, ao discutirmos sobre o que há de falhas e o que encontramos de avanços nessa área, não no âmbito acadêmico, posto que pululam artigos e dissertações sobre o tema, mas na prática escolar, que caminha distante do que se escreve nos livros. Sob esse aspecto, pudemos perceber que, embora haja grande distância entre o que é aprendido e o que é praticado, as crianças vêm usufruindo de uma gama de estímulos, sejam alimentares, sejam pedagógicos, sejam midiáticos, que acabam, não por suprir suas carências completamente,

mas ao menos por transformar suas realidades em algo menos autômato, mas um pouco mais humanizado.

Apesar das dificuldades, foi observado que se sobressaíram os esforços para a plena participação nos momentos da intervenção, o que caracteriza terem visto relevância naquilo que lhes era proposto, especialmente para a melhoria de suas práticas no âmbito escolar. Também, pode-se sentir que a proposta de repensar essa condição de educador, que não se limita apenas a educar e instruir, mas a propiciar vivências significativas e saudáveis, e que se deseja ser um agente transformador, condutor dessa formação subjetiva, que sempre se dá de forma inter e transubjetiva, foi implantada na intimidade das pessoas envolvidas na intervenção. Talvez possamos somar isso como o grande lucro da prática, que tinha como objetivo, não apenas fazer uma ampliação de conceitos, mas provocar uma mudança de postura e de visão dos papéis sociais que são desempenhados.

## **7 CONCLUSÃO**

Inúmeros benefícios propiciados poderiam ser destacados desta proposta de formação oferecida às educadoras da Instituição Filantrópica Obras Sociais Francisco Thiesen. Tendo em vista que seu objetivo maior era ampliar conceitos relativos ao Cuidado, podemos citar como primeiro bônus dessa atividade de formação a presença integral, participativa e dialógica de todas as pessoas envolvidas no processo, desde a direção da instituição, que nos autorizou a utilizar os dados, até o núcleo das educadoras, que dispuseram de seu tempo e atenção.

Somando-se todas as benesses, destacamos as respostas ao questionário pré-intervenção como ponto de partida importantíssimo para as ações vindouras, e tendo sido preenchido com seriedade e maturidade, pudemos perceber que o envolvimento com o tema da formação iniciou-se dali, uma vez que nenhum questionário foi entregue em branco, bem como as informações ali ofertadas, que foram de suma importância para se estabelecerem as estratégias educativas.

Em se tratando das estratégias educativas adotadas, ao iniciarmos o processo de formação já cientes das limitações e possibilidades que nos aguardavam, pudemos renortear a escolha dos textos e vídeos, à medida que foram percebidos seus saberes, que, embora estivessem distantes do que entendemos ser técnico e acadêmico, devem ser levados em consideração e respeitados, à medida que são saberes trazidos de outras referências, e nem por isso deixam de prestar assistência aos que deles necessitam.

Observou-se como outro ganho significativo da intervenção o início da construção do protocolo para boas práticas de cuidado para essa instituição. Percebemos que, mesmo sendo influenciadas pelas informações oferecidas através das explicações, vídeos e discussões, as educadoras souberam diferenciar o que era possível implantar como caráter imediato e o que era inviável no momento. Exemplos disso foram as discussões que se abriram a respeito da alimentação das crianças, que ainda hoje é servida pelas merendeiras e professoras, mas que poderia ser servida pelas próprias crianças, no intuito de lhes propiciar vivências que lhes garantissem autonomia e responsabilidade. As próprias educadoras, quando propuseram essa prática no protocolo, conseguiram visualizar se era possível ou não fazê-lo, e o que lhes faltava de respaldo material e humano para colocar em ação. Definiram que poderiam fazer essa experiência, desde que um esforço de ordem educativa para a segurança alimentar fosse trabalhado, desde a fase 1 até a fase 6, na qual desejavam começar a implantar a ação de deixá-los se servir.

Quando colocamos em voga os conceitos de cuidado, apesar de algumas fazerem referências às suas carências de informação, o propósito foi mostrar-lhes o que já fazem de correto e como podem melhorar ainda mais essas práticas, que, aliadas a conteúdos conceituais, poderiam elevar ainda mais os níveis de desenvolvimento das crianças atendidas.

Outro aspecto a ser levantado é a proposição de formação continuada, ao menos uma vez por ano, que repusesse conceitos já estudados ou nunca antes sabidos, e que foram percebidos como essenciais para uma progressiva melhora na prestação do serviço de educação. Quase todas as professoras solicitaram que estivéssemos junto a elas novamente, ampliando conceitos e atendendo as novas demandas técnicas necessárias, num volume de ações que se caracterizasse como formação continuada e perene.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propostas de formação continuada e contínua que incorporem atividades participativas e de leituras que vislumbrem melhorar a prática dentro das escolas são passos importantes para que exista eficácia e excelência no processo de cuidar. Para isso, propõem-se, diariamente, muitos exercícios de leitura coletiva e intervenção pedagógica, especialmente no município de São Carlos, onde se encontra a instituição alvo desta intervenção. No entanto, os profissionais da área de Educação ainda se acanham em se empoderar dessas oportunidades, porque se sentem desvalorizados para dispor de tempo e de mais estudos para essa área, tão solitária e tão co-responsável pelas diretrizes sociais.

Entretanto, faz-se mister construirmos pontes para essa tomada de posição em relação aos saberes da área pedagógica, sobretudo no que tange aos conceitos de Desenvolvimento Infantil, que são bases para se vislumbrar o desenvolvimento da sociedade, segundo a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2012).

Estudos em larga escala, tanto no Brasil quanto no exterior, atestam que quanto maior forem as possibilidades oferecidas às crianças, tanto maior será o retorno social que o País receberá desse investimento. Para isso, não se deve investir apenas no ser em desenvolvimento, mas em todo o seu entorno, seus pais, seus educadores, sua comunidade.

A transmissão de informações a respeito do desenvolvimento infantil não apenas modifica a vida daquele que é passivo da ação de se permitir desenvolver, mas caracteriza um efeito dominó que se estende ao infinito, porque ainda não possuímos ideia do que se pode tornar a criança, caso seja integralmente estimulada durante seus primeiros anos de vida. Einsteins, Collins, Gandhis, Paulos Freire, Maries Curie, Mozarts, Da Vinci, Tons Jobin, Franks Sinatra... Se existir uma fórmula para desenvolvermos pessoas tão notáveis quanto essas... Já a descobrimos, só nos basta capacitar aqueles que transformarão nossas crianças em pessoas memoráveis como essas.

Para isso, esforços coletivos são necessários. Melhorar as condições de vida das crianças, mas, sobretudo, melhorar a formação de quem é responsável por cuidar delas é indispensável. A mídia e a literatura não se cansam de

proclamar que, quanto maior a formação intelectual dos cuidadores, tanto maior será a acuidade cognitiva da prole. Assim também é o raciocínio para os educadores. Quanto melhor a formação, melhores serão os frutos do que plantarem nas escolas.

Além disso, iniciativas como as da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, de lançar mão de estrutura acadêmica para multiplicar especialistas em promoção do desenvolvimento infantil, não apenas são louváveis do ponto de vista ético e social, mas sobretudo porque frutificaram em larga escala ações mais bem fundamentadas e práticas mais bem orientadas, porque se embasaram em um arsenal positivo de conhecimentos e vivências, que não são fruto de achismos e elucubrações mentais de alguns filantropos sonhadores. Recursos humanos nacionais e internacionais foram colocados à disposição de nós, hoje especialistas em Promoção do Desenvolvimento Infantil, para que essa formação, sempre constante, sempre em eterna mudança e agregação de novos conceitos, fosse plena e significativa também para nós.

Perpassa-se como instrução educacional, então, a formação continuada, não apenas para quem está na ponta das ações de caráter educativo, mas também para todos aqueles que vislumbram construir algo melhor para si e para a sociedade. A proposta de formação continuada é para todos, no intuito de vislumbrar com olhos sábios nossa finitude como aprendizes, mas nossa infinita capacidade de aprender.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ceccin RB, Palombini AL. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. In: Maia MS, organizadora. Por uma ética do cuidado. Ed.1. São Paulo: Garamond; 2009.

Cunha I. A Revolução dos bebês. In: *Psicanalítica. Rev Soc Psicanálise Rio de Janeiro*. 2001; 1:102-28.

Cypel S. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. In: Cypel S, organizador. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011. p.32-3.

Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. In: Maia MS, organizadora. Por uma ética do cuidado. Ed. 1. São Paulo: Garamond; 2009.

Forest NA, Weiss SLI. Cuidar e educar: Perspectivas para a prática pedagógica na educação infantil. Artigo científico. Instituto Catarinense de Pós Graduação. 2002. Disponível em: [http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/eca20/seminario1/Cuidar\\_e\\_Educar\\_lcpge%5B1%5D.pdf](http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/eca20/seminario1/Cuidar_e_Educar_lcpge%5B1%5D.pdf). [Acessado em 07-06-2012]

FMSCV. Fundação Maria Cecília Solto Vidigal. In: Estatuto – Missão. 2012. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/Pt-br/quemsomos/Paginas/Missao.aspx>. [Acessado em 15-08-2012]

Gonçalves MAS. Teoria da Ação Comunicativa de Habermas: possibilidades de uma ação educativa de cunho interdisciplinar na escola. Artigo Científico. Educ Soc. 1999; 20(66). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73301999000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301999000100007). [Acessado em 07-06-2012]

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. [Acessado agosto 2012].

Miguel ASB. “Cuidar e Educar”: um novo olhar para a educação infantil”. Artigo científico. (G-Faculdades Integradas FAFIBE). Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/9/18052011155019.pdf>. [Acesso em 07-06-2012]

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: Do Desenvolvimento da Primeira Infância ao Desenvolvimento Humano: investimento no futuro de nossas crianças. Young ME, organizadora. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010. p.32-6.

Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil. (RCNEI), MEC/SEF. 1998; v.1.

Veríssimo MDLOR, Sigaud CHS, Rezende MA. Integración de la promoción de la salud y el desarrollo infantil. Enfermería Global. 2007; 10:1-9.

Veríssimo MDLOR, Alves RCP. Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano. 2006; 16:1-2.

Veríssimo MDLOR, Fonseca RMGS. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. Rev Lat Am Enfermagem. 2003; 11(1):28-35.

Veríssimo MDLOR, Fonseca RMGS. Funções da creche segundo suas trabalhadoras: situando o cuidado da criança no contexto educativo. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):25-34.

Rezende MA, Veríssimo MDLOR. A Adaptação da Criança em Creches e Pré-Escolas: uma questão de saúde. In: Santos LES, organizador. Creche e Pré-Escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.63-70.

Veríssimo MLOR, Rezende MA. O Cuidado da Criança na Creche e Pré-Escola. In: Santos LES, organizador. Creche e Pré-Escola: uma abordagem de saúde. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p.71-8.

## ANEXO I

### QUESTIONÁRIO / ROTEIRO DE ENTREVISTA

“Qual a visão dos professores da Educação Infantil, no âmbito da formação de professores, no trabalho e na prática do tema com seus alunos?”

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

A. **Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

B. **Idade:** \_\_\_\_\_

C. **Tempo de atuação como professor:** \_\_\_\_\_

D. **Tipo de instituição que leciona:** \_\_\_\_\_

E. **Disciplina que leciona:** \_\_\_\_\_

F. **Formação acadêmica:** \_\_\_\_\_

##### **Graduação:**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Início/Término: \_\_\_\_\_

##### **Pós-graduação:**

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Início/Término: \_\_\_\_\_

#### 2. PERGUNTAS

1. Defina o que significa o termo cuidado para você, professor(a) da Educação Infantil.
2. Durante o seu curso de graduação, quais foram as disciplinas que foram oferecidas e que abordavam conteúdos relacionados ao *cuidado*?
3. Quais foram os conteúdos específicos sobre *cuidado* que a(s) disciplina(s) trabalhou(aram)?
4. Qual seria a melhor fase durante o decorrer da Educação Infantil para que o educador se atente mais ao *cuidado*:
  - a) ( ) fase 1 (4 meses a 1 ano e 11 meses);
  - b) ( ) fase 2 (2 anos a 2 anos e 11 meses);
  - c) ( ) fase 3 (3 anos a 3 anos e 11 meses);
  - d) ( ) fase 4 (4 anos a 4 anos e 11 meses);



e)  fase 5 ( 5 anos a 5 anos e 11 meses);

f)  fase 6 (6 anos a 6 anos e 11 meses).

Justifique a alternativa que escolheu, elucidando o porquê. \_\_\_\_\_

5. Quando você se depara com situações que necessitam de cuidados práticos, como alimentação, higiene e proteção da criança, sua memória remete:

a)  ao que aprendi cuidando de crianças da minha família ou amigos;

b)  ao que aprendi lendo livros e manuais da Educação Infantil;

c)  ao que aprendi vendo pessoas próximas cuidarem de suas crianças;

d)  ao que aprendi observando os colegas do meu ambiente de trabalho.

6. Identifique, entre os procedimentos abaixo, quais são aqueles com que você sente mais facilidade e dificuldade para colocar em prática em sala de aula com seus alunos:

**Legenda: F – facilidade; D – dificuldade.**

a)  Manter a alimentação sadia das crianças.

b)  Mantê-los em contato com a natureza.

c)  Ensiná-los a organizar seus brinquedos.

d)  Abrir diálogo e ouvir as crianças.

e)  Manter fora do alcance das crianças produtos perigosos.

f)  Outro: \_\_\_\_\_

7. Quais são os métodos que você utiliza para dar uma aula interessante sobre algum tema relativo ao cuidado, como higiene pessoal?

a)  Somente lousa.

b)  Livros didáticos com figuras e esquemas.

c)  Power point.

d)  Caixinha tira-dúvidas.

e)  Experimentos em sala, maquete, bichinhos, etc.

f)  Outro: \_\_\_\_\_

*Observação: a caixinha tira-dúvidas funciona da seguinte maneira: o(a) aluno(a) coloca no interior de uma caixinha a dúvida referente a determinado tema. A cada aula, o(a) professor(a) “sorteia” uma perguntinha e esclarece a dúvida do aluno.*

8. Em sua opinião, quais são as principais dificuldades encontradas pelos professores na abordagem desse tema em sala de aula?

a)  Faixa etária do(a) professora).

b)  Faixa etária do(a) aluno(a).

c)  Gênero (masculino ou feminino) do(a) professor(a).

d)  Gênero do(a) aluno(a).

e)  Influência do(a)s amigo(a)s.

f)  Família.

g)  Outro: \_\_\_\_\_

9. Em sua opinião, os livros didáticos e as apostilas adotadas por escolas públicas ou privadas ajudam ou atrapalham sua proposta para aplicar cuidados junto às crianças? Por favor, justifique a sua resposta. \_\_\_\_\_

10. Com base em sua experiência como docente, qual sua opinião sobre os principais tópicos que podem ser abordados em sala de aula para que as crianças aprendam a cuidar de si mesmas, através do que você ensinou? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Qual a sua opinião sobre a abordagem do tema cuidado como prioridade no trabalho na educação infantil?
- a)  Concorda.
  - b)  Discorda.
  - c)  Indiferente.
  - d)  Não tenho conhecimento sobre o que está sendo abordado na pergunta.
  - e)  Outro: \_\_\_\_\_



# Capítulo 6

## Protocolo único e Rede de Proteção Social à Primeira Infância

Taiza Silva Pereira Costa  
Ademir Alves da Silva (orientador)



## **Capítulo 6**

# **PROTOCOLO ÚNICO E REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL À PRIMEIRA INFÂNCIA**

Taiza Silva Pereira Costa

Ademir Alves da Silva (orientador)

## **APRESENTAÇÃO**

O presente trabalho consiste em propor um projeto de intervenção no município de Votuporanga/SP que visa à efetivação da articulação das políticas públicas voltadas à promoção da primeira infância.

Nos últimos anos, em quase todos os países, incluindo o Brasil, a primeira infância, mais especificamente os três primeiros anos de vida, vem adquirindo enorme importância à luz das convenções internacionais e da legislação nacional em defesa dos direitos das crianças.

A Constituição de 1988 adicionou ingredientes fundamentais para a compreensão e a garantia dos direitos da infância, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica da Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional estabeleceram regras claras de diagnóstico e ação para o enfrentamento de graves problemas que essa população vive.

Por outro lado, os princípios básicos da neurociência indicam que oferecer condições favoráveis ao desenvolvimento infantil nos seis primeiros anos de vida da criança é mais eficaz e menos custoso do que tentar tratar as consequências das adversidades iniciais mais tarde.

Desde a gestação e ao longo da primeira infância, todos os ambientes em que a criança vive e aprende, assim como a qualidade de seus relacionamentos com os adultos cuidadores e os adequados cuidados são determinantes para o seu desenvolvimento integral, ou seja, biológico, cognitivo, emocional, social, moral e cultural, de modo a promover a organização dos alicerces que favorecerão o indivíduo, no futuro, a lidar com as complexas situações que a vida lhe apresentar.

Todos os programas de governo voltados a essa fase devem contemplar que a atenção à criança deve ser integral e integrada. Na realidade, deparamos com frequência com ações fragmentadas e dependentes dos setores que a desenvolvem.

A organização de uma rede única e integrada de assistência à criança deve evidentemente se basear nos princípios constitucionais. O desafio está na definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades e na articulação dos conhecimentos e das intervenções diante da identificação das ações prioritárias e das estratégias que devem nortear a prática nos serviços promovendo um trabalho compartilhado, gerando resultados qualificados a partir de uma visão global da criança.

Uma intervenção integrada que considere a criança em sua integralidade permitirá que ela cresça mais preparada para o sucesso na escola, e posteriormente no trabalho e na comunidade.

## 1 INTRODUÇÃO

Foi apenas durante o último quarto de século que pesquisadores, médicos e cientistas sociais reconheceram o papel crucial do desenvolvimento na primeira infância (DODGE, 2010).

Assim como afirma Cypel (2010), o período da concepção aos três anos de vida do indivíduo é uma fase tão importante, tal é a ênfase com que diversos ramos da ciência o apreciam, como neurologia, psicologia, pediatria, etologia e outros tantos na busca de uma compreensão diferenciada do comportamento humano.

As ciências nos mostram o que devemos oferecer às crianças e do que devemos protegê-las para garantir a promoção de seu desenvolvimento saudável. Pesquisas em neurociência e comportamento ajudam a ilustrar por que motivo o desenvolvimento saudável da criança, do nascimento até os cinco anos de idade, cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável (Shonkoff, 2010, p. 1).

Compartilhamos o sonho de construir sociedades solidárias, privilegiando os cuidados com a primeira infância. Sabemos, no entanto, que bebês não escolhem a família, o contexto histórico-cultural e a classe social em que vão nascer. E isso, evidentemente, faz toda a diferença quanto à qualidade e adequação dos cuidados que lhes serão prestados. A negligência às crianças pode ocorrer em diferentes camadas sociais por diferentes motivos. Mas, é evidente que as crianças mais pobres tendem a sofrer maiores privações.

Portanto, torna-se imprescindível a luta por melhoria da condição de vida das famílias, especialmente daquelas desprovidas dos recursos básicos para proteger suas crianças. Uma sociedade “sustentável” não se constrói sem o enfrentamento, na esfera da política e da economia, da desigualdade e da injustiça social.

A pretensão de “prosperidade” marcou, até agora, a história de indivíduos, grupos humanos, classes sociais e nações. A questão é: prosperidade para quem? É amplamente sabido que a “prosperidade”, onde foi conquistada, beneficiou mais a alguns que a outros. Foi construída pela espoliação de uns por outros. Dessa forma, os cuidados com a primeira infância não podem descuidar da pauta de lutas por uma sociedade justa e igualitária, o que constitui tarefa de gente adulta, no âmbito da política e da economia.

Cypel (2010) reconhece que investimentos para aprimorar as condições de vida neste período permitem a criação de sociedades harmônicas, acolhedoras e respeitosas com o ser humano. Ainda de acordo com ele, um ambiente assim estruturado oferecerá oportunidade para que as pessoas adquiram e desenvolvam melhor suas potencialidades humanitárias, inclusive com maior produtividade econômica.

A perspectiva de uma “sociedade harmônica” tem que ser confrontada com a realidade histórica de uma sociedade marcada e movida pelas contradições e pelos conflitos, especialmente aqueles relacionados à produção e

distribuição de riquezas. Ora, como pretender “harmonia” sob uma ordem social intrinsecamente opressora e desigual? Resta evidente que os intensos e adequados cuidados com a primeira infância terão que ser combinados com a consciente e organizada luta, no plano da política e da economia, contra os mecanismos de pauperização das famílias de trabalhadores e as precárias condições que lhes são impostas para gerar e cuidar de seus filhos na esfera da reprodução da vida social.

Os progressos tecnológicos, os avanços na comunicação, a expectativa de vida cresceu nos últimos anos, tornando o mundo mais competitivo e produtivo; sendo assim, mais pessoas estão participando do mercado econômico. Ao mesmo tempo em que houve um aumento representativo de pessoas vivendo em estado de pobreza, sendo muitas delas crianças (Cypel, 2010). Ainda de acordo com Cypel *apud* Phumaphi (2007), estimativas indicam que 219 milhões de crianças com menos de cinco anos não terão oportunidade de se desenvolver plenamente em razão da pobreza, condições precárias de saúde e nutrição e, especialmente, de uma estimulação muito escassa, fatores que devastam o aprendizado, a produtividade e o potencial dos indivíduos, mesmo em locais mais privilegiados que em tese oportunizariam boas condições de desenvolvimento, pois as condições econômicas são interdependentes, apesar das distâncias geográficas.

Apesar destes avanços, continua alto o número de crianças em condições de pobreza e, por outro lado, são evidentes os benefícios decorrentes das intervenções focadas no desenvolvimento infantil nas etapas iniciais.

As pesquisas da neurociência vêm enfatizando a importância da genética e a influência do ambiente (entorno) na organização da estrutura psíquica do indivíduo; embora o bebê, devido a fatores hereditários, tenha a tendência a desenvolver determinados comportamentos, estes são modulados pela intervenção dos primeiros cuidados, sejam eles dispensados pela mãe, pai, avós, profissionais, sejam outros, desde os momentos mais precoces da vida (Cypel, 2010).

A forma como esses vínculos iniciais foram se estabelecendo determinará a formatação neurobiológica cerebral, com a conseqüente organização das redes circuitárias neuronais, que servirão como alicerces seguros para o de-



envolvimento integral do indivíduo e, mais especialmente, para a sua progressiva maturidade emocional (Cypel, 2010).

Mustard (2010) confirma que os anos iniciais do desenvolvimento humano estabelecem a arquitetura básica e a função do cérebro. De acordo com Shonkoff (2010), essa arquitetura básica do cérebro é construída através de um processo contínuo, que se inicia até mesmo antes do nascimento e continua até a maturidade.

A arquitetura e a função do cérebro são modeladas pelas experiências de vida que afetam a arquitetura e a função dos circuitos neurobiológicos. Os estímulos transmitidos ao cérebro pelos circuitos sensoriais – som, toque, cheiro, alimentação, pensamentos, drogas, doenças e outros – nos períodos pré e pós-natal, e também nos demais estágios da vida, diferenciam a função dos neurônios e dos circuitos neurais (Mustard, 2010, p. 1).

A partir desses pressupostos devemos tratar o bebê de forma mais abrangente, considerando a organização neurobiológica que acontece concomitante aos sucessivos processos de aprendizado determinados pelas vivências interpessoais e pelo ambiente (Cypel, 2010).

Já nas primeiras semanas do período embrionário inicia-se o desenvolvimento morfológico do sistema nervoso, que passa por um intenso processo de transformação estrutural, podendo observar na sua intimidade a multiplicação e a migração dos neurônios e a organização peculiar e seletiva da citoarquitetura nas diversas camadas corticais e estruturas subcorticais; em sequência ou até mesmo concomitantemente às vivências pós-natais, há o crescente progresso de sinaptização e mielinização mediado por fatores neuroquímicos através dos neurotransmissores (Cypel, 2010 *apud* Volpe, 2001).

Nos primeiros anos de vida, 700 novas conexões neurais, as chamadas sinapses, são formadas a cada segundo. Após esse período de rápida proliferação, essas conexões são reduzidas através de um processo de seleção, de forma que os circuitos cerebrais tornam-se mais eficientes.

O cérebro do recém-nascido, logo no nascimento, já se mostra bem constituído e com boas condições de iniciar seu contato já com os estímulos do mundo externo. Nesse período a criança é um indivíduo somatossensorial inteiramente dependente que necessita de cuidados essenciais para a manutenção de sua vitalidade e integridade (Cypel, 2010 *apud* Cunha, 2001). Ou

seja, para poder subsistir, essa condição de dependência implica estabelecer relações com os primeiros cuidadores e o ambiente que a cerca; por isso, a criança precisa ser reconhecida e tratada como pessoa para vivenciar essas relações iniciais.

Os circuitos sensoriais, como os da visão e da audição básicas, são os primeiros a se desenvolver, seguidos pelas habilidades iniciais de linguagem e, posteriormente, pelas funções cognitivas superiores. As conexões se proliferam e são selecionadas de forma predeterminada, e os circuitos cerebrais mais tardios e mais complexos são construídos sobre os circuitos anteriores, mais simples (Shonkoff, 2010, p. 1-2).

É sabido que o bebê possui uma constituição genética que o predisporá a determinadas tendências comportamentais. Todavia, essas tendências vão receber as influências do entorno e dessa composição que resultarão os comportamentos futuros do indivíduo (Cypel, 2010).

Os bilhões de neurônios no cérebro de um indivíduo possuem o mesmo código genético – DNA. Os neurônios são diferenciados para as suas diversas funções (visão, audição, tato, comportamento, outras) por meio da epigênese – processo molecular e celular que governa a função dos genes. Os efeitos da epigênese têm início na concepção e prosseguem durante o desenvolvimento intrauterino e no desenvolvimento pós-natal. Ademais, mudanças epigenéticas na função neural afetam os circuitos neurobiológicos que influenciam a saúde física e mental, o comportamento e a aprendizagem (Mustard, 2010, p. 1).

A exemplo disso, gêmeos idênticos têm o mesmo código genético em seus neurônios – genótipo, mas não terão as mesmas experiências, o que resulta em diferenças por epigênese na expressão genética – fenótipo. Gêmeos idênticos podem ter de 20% a 30% de diferenças fenotípicas no comportamento quando adultos, afirma Mustard (2010). Essa diferença provavelmente está relacionada a efeitos epigenéticos sobre a função neural no desenvolvimento inicial, completa ele.

Mustard (2010) ilustra outros estudos, os quais comprovam que efeitos epigenéticos têm influência direta no desenvolvimento na primeira infância e podem afetar a vida adulta, como, por exemplo, os estudos realizados em orfanatos na Romênia que mostram que crianças colocadas em lares de clas-

se média na Grã-Bretanha, no Canadá e nos Estados Unidos, tendo permanecido por oito meses em orfanatos, apresentaram, aos 11 anos de idade, desenvolvimento cerebral anormal, anormalidades no exame eletroencefalograma e baixa atividade metabólica. Diferentemente daquelas crianças que foram adotadas em até quatro meses após o nascimento. Crianças adotadas tardiamente exibiram, aos 11 anos de idade, comportamentos anormais e desenvolvimento cognitivo insatisfatório. Algumas crianças de orfanatos foram colocadas aleatoriamente com pais adotivos na Romênia; comparadas às crianças mantidas em orfanatos, a maioria delas havia permanecido por dois anos nesses orfanatos. O quociente intelectual médio das crianças dos orfanatos foi 71 e o das crianças colocadas em adoção foi 81, enquanto entre as crianças criadas pelos pais biológicos o quociente intelectual foi de 110. Crianças que foram adotadas mais cedo se aproximam do desenvolvimento humano normal, o que não estava ocorrendo com crianças colocadas em adoção após os dois anos de idade.

Diante do louvável empenho em demonstrar a eficácia dos cuidados na primeira infância – o que resta evidente –, vale registrar, no entanto, nossa preocupação com o uso de termos como “normal” e “anormal” e com os riscos inerentes a essa catalogação do desenvolvimento das crianças.

É sabido que pessoas e até mesmo grupos sociais inteiros se aproximam ou se afastam de parâmetros, perfis ou modelos de comportamento tidos como “normais” em determinada sociedade ou contexto cultural. Evidentemente, o julgamento quanto à “normalidade/anormalidade” termina por incorporar critérios e valores que extrapolam a pretensa *objetividade científica*.

Do ponto de vista sócio-histórico e cultural registram-se, na sociedade contemporânea, os avanços no sentido de combater e superar preconceitos e segregacionismos, concebendo a sociedade como um *continuum* relacional entre perfis comportamentais dominantes tidos como “normais” e comportamentos divergentes, devendo prevalecer os princípios de respeito ao diferente e de convívio respeitoso, tolerante e plural com o divergente.

Ainda de acordo com Mustard (2010) em um estudo realizado na Carolina do Norte, crianças afro-americanas com quatro meses de idade foram divididas aleatoriamente em dois grupos. Um dos grupos de crianças participou de um programa intensivo anual de pré-escola e o outro grupo não parti-

cipou de programa específico. Ao ingressar no sistema escolar, as crianças de cada grupo foram aleatoriamente colocadas em um programa educacional especial de três anos de duração ou no programa escolar padrão. O programa especial de três anos promoveu alguma melhora nas funções de leitura e de cálculos em crianças que não tinham frequentado o programa pré-escolar, mas o efeito foi pequeno e se perdeu gradualmente. Já em relação às crianças que haviam frequentado a pré-escola e o programa escolar padrão, estas apresentaram desempenho escolar muito melhor, mas com alguma defasagem de desempenho aos 21 anos de idade. Aquelas crianças que frequentaram o programa pré-escolar e o programa de três anos de duração exibiram os maiores ganhos e os mantiveram.

Esses resultados de pesquisas enfatizam que a neurobiologia do desenvolvimento fornecem forte evidência de que o desenvolvimento neurobiológico inicial tem efeitos sobre a saúde física e mental, sobre o comportamento e sobre a aprendizagem nos estágios posteriores da vida (Mustard, 2010, p.3).

Atualmente, outro aspecto importante que vem sendo reconhecido pelos profissionais que atuam nas neurociências é que as relações vinculares, à medida que vão acontecendo, estabelecem ou modificam comportamentos, havendo um correspondente processo de modelação dos circuitos neuronais, cujos registros vão tendo expressão na estrutura neurobiológica (Cypel, 2010).

Salienta-se que o intercâmbio dessas relações vinculares iniciais determinará modificações neurobiológicas no cuidador, mas mais notadamente na criança, criando os alicerces para aquisições funcionais, essenciais na adequação e expressão dos comportamentos e ações futuras e no desenvolvimento da capacidade de pensar. Para adquirirem uma estrutura consistente, as conexões sinápticas dependerão da qualidade e, principalmente, da persistência da sucessão desses estímulos (Cypel, 2010).

Shonkoff (2010, p. 2) corrobora com esses estudos quando afirma que as influências interativas de genes e experiências moldam o cérebro em desenvolvimento. Ele aponta que cientistas confirmam que o relacionamento de “dar e receber” que se estabelece entre as crianças e seus pais ou outros cui-

dutores na família ou na comunidade é um ingrediente importante nesse processo de desenvolvimento.

A relação dialógica da criança com o cuidador será um grande trunfo e uma oportunidade para vivenciar um conjunto de complexos sentimentos – prazer, desprazer, perda, frustrações.

A intervenção precoce pode evitar as consequências de adversidades na primeira infância. É certo que, se por um lado não existe uma “idade mágica” para a intervenção, está claro que na maioria dos casos intervir o mais cedo possível é significativamente mais eficaz do que postergar a ação (Shonkoff, 2010, p. 3).

Isso porque com o avanço da idade a capacidade de mudança do cérebro diminui, ou seja, o cérebro torna-se mais especializado para assumir funções mais complexas e menos capaz de se organizar e se adaptar a desafios novos e inesperados. É essa plasticidade neuronal do cérebro no início da vida que favorece a acomodação de estímulos advindos de uma grande variedade de ambientes e interações (Shonkoff, 2010, p. 2).

Naturalmente crianças pequenas interagem através de expressões faciais e gestos, e os adultos devem responder com expressões semelhantes e vocalizações. A falta dessas respostas, ou quando não confiáveis ou não adequadas, pode gerar na criança estresse excessivo ou prolongado. Esse estresse pode ser tóxico para o desenvolvimento do cérebro da criança, provocando disparidades na aprendizagem e no comportamento, ainda que aprender a enfrentar adversidades seja algo importante para o desenvolvimento saudável da criança.

A criança pequena, quando está protegida por relacionamentos com adultos que lhe propiciam segurança, aprende a adaptar-se aos desafios cotidianos e reage positivamente às situações difíceis geradoras de estresse. Ou seja, diante de situações seriamente difíceis vivenciadas pela criança o estresse pode ser suavizado e tolerado quando acolhida por adultos que dispensam cuidados sustentadores, consistentes e contínuos, permeados por atenção e amorosidade, ajudando-a a se adaptar, mitigando assim os efeitos potencialmente danosos do estresse.

Relacionamentos afetuosos e estáveis são essenciais para o desenvolvimento saudável da criança entre os familiares, cuidadores, educadores, além de outros membros da comunidade.

Os estudos mostram que crianças pequenas que têm relacionamentos seguros e confiáveis com seus pais ou com cuidadores sem vínculos familiares sofrem uma ativação mínima de hormônios de estresse quando amedrontadas por um evento estranho, enquanto crianças que têm relações inseguras sofrem uma ativação significativa do sistema de resposta ao estresse. Inúmeros estudos científicos apoiam a conclusão de que prover, o mais cedo possível, relacionamentos responsivos e que garantem segurança pode prevenir ou reverter os efeitos danosos do estresse tóxico (Shonkoff, 2010, p.3).

O bem-estar emocional e as competências sociais que surgem nos primeiros anos são pré-requisitos importantes para o surgimento de habilidades cognitivas e linguísticas que juntos compõem os alicerces para o desenvolvimento humano (Shonkoff, 2010, p.2).

Um amplo espectro de políticas públicas voltadas a programas precoces de cuidados primários de saúde, educação, serviços de proteção social à criança e apoio à economia familiar pode colaborar para promover ambientes seguros e apoiar relacionamentos estáveis e afetuosos de que as crianças precisam.

Investir na primeira infância é sem dúvida a melhor forma de reduzir as desigualdades sociais, enfrentar a pobreza e edificar uma sociedade em condições sociais e ambientais sustentáveis (Cypel, 2010).

Ademais, como sociedade, não podemos nos dar ao luxo de adiar o investimento nas crianças para quando forem adultos, nem podemos aguardar que atinjam a idade escolar, quando poderá ser tarde demais (Heckman, 2010).

Então as crianças devem ser tema prioritário e de mais alta relevância nas políticas públicas, sobretudo a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, quando ganham *status* de cidadãs (Didonet, 2009, p.7).

A Constituição Federal estabelece no art. 227, *caput*, que,

[...] é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária direito de estar a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Ou seja, a responsabilidade pelo cuidado, crescimento e desenvolvimento das crianças transcende a família e a sociedade. A responsabilidade pela infância é de toda uma nação partilhada entre os entes federados, União, estados, Distrito Federal e municípios.

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece as disposições sobre a proteção integral, fixa os parâmetros da política de atendimento à criança e determina a criação de mecanismos institucionais para zelar pelo cumprimento dos direitos preconizados pela Constituição Federal.

Conforme disposto no art. 86 do ECA, “[...] a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente será feita através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, Distrito Federal e municípios”.

Todavia, no município de Votuporanga ainda perduram reflexos da configuração fragmentada e desarticulada da política pública brasileira que dificulta o atendimento às infâncias em sua integralidade.

Entende-se que uma intervenção intersetorial visando à promoção da primeira infância demandará, além de uma articulação de saberes e experiências, um conjunto de ações organizadas e coordenadas, e não apenas justapor práticas realizadas setorialmente. Para isso haverá de existir mudanças em diversos aspectos, sobretudo de paradigmas culturais e organizacionais dos serviços.

Para direcionar essas ações intersetoriais de atenção à infância, foram priorizados como foco de atuação todos os serviços e todos os técnicos desses organismos públicos que prestam atendimento nas áreas de assistência social, saúde e educação a 34 famílias com crianças de zero a três anos registradas no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS Norte, localizado na região norte do Município de Votuporanga/SP, compreendendo os bairros Propovo, Pozzobon, Santa Amélia, CDHU, Jardim Canaã, Colinas, Jabuticabeiras, Vila Ana, Vila São Vicente e Parque das Nações.

## 2 JUSTIFICATIVA

A implementação das políticas públicas tem como linha de base os arranjos institucionais e os atores responsáveis pela operacionalização das ações conforme as diretrizes elencadas nas referidas políticas.

As políticas públicas de Assistência Social e Saúde fazem parte do tripé Seguridade Social no Brasil, conjugando-se com a Previdência Social. As três áreas regem-se por um elenco de princípios e diretrizes comuns, destacando-se a democratização do atendimento às demandas e a universalização e garantia de acesso, ainda que cada uma delas se pautem em ações setorializadas que precisam se articular entre si de modo a lograr a eficiência e a eficácia das práticas, assegurando a efetividade dos serviços.

Por outro lado, é necessário observar as diretrizes e princípios que fundamentam a política de Educação de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Dentre outras definições, o art. 29 estabelece:

[...] que a educação infantil, primeira etapa da educação básica, tem como finalidade o desenvolvimento integral da criança até os 6 anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.

A leitura desse artigo nos remete à indissociabilidade das funções de educar e cuidar. Ou seja, a política da educação, apesar de ter objetivos e programas próprios, deve estar articulada sob a perspectiva de complementar a ação da família e da comunidade, nunca independente ou em oposição, constituindo-se no alicerce para o pleno desenvolvimento da criança.

A partir dessas considerações fica evidente que as políticas públicas devem ser formuladas e implantadas de modo a atender à exigência de intersectorialidade como estratégia imprescindível ao processo de intervenção. O grande desafio é aproximar as instituições governamentais e a sociedade civil coletivizando as suas agendas em prol de um objetivo comum, articulando os saberes técnicos e promovendo a melhor resolutividade das demandas.

Para tanto, é urgente superar o corporativismo, a cultura do favor e o clientelismo, além da burocratização dos serviços.



### 3 FINALIDADE

Melhoria do atendimento nos serviços públicos prestados às crianças de zero a três anos e suas famílias no território do CRAS Norte – Centro de Referência de Assistência Social da região norte do Município de Votuporanga/SP, a partir do aprimoramento das práticas interinstitucionais dos profissionais quanto à atenção à infância e à promoção do desenvolvimento infantil.

### 4 OBJETIVOS

- Dimensionar as ações existentes no território referentes ao atendimento de crianças de zero a três anos e suas famílias.
- Articular os saberes e as experiências dirigidos ao atendimento à primeira infância.
- Atender de forma sinérgica e integral às demandas, na garantia dos direitos das crianças.
- Otimizar as práticas intersetoriais de atenção à primeira infância, rompendo com a cultura dos atendimentos fragmentados e isolados.
- Estabelecer protocolo único de atendimento à primeira infância, promovendo o desenvolvimento infantil integral e integrado.

### 5 CONTEXTO SOCIOTERRITORIAL

Votuporanga é um município situado na região noroeste do estado de São Paulo, distante cerca de 521 km da cidade de São Paulo, capital. Possui uma área de 424,1 km<sup>2</sup> e população de 85.578, sendo 4.504 crianças de zero a quatro anos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>.  
[Acesso em: 13 ago. 2012].

A região norte do município de Votuporanga representa uma área urbana periférica cuja população é atingida por processos produtores de vulnerabilidade social (Carvalho, 2009).

A vulnerabilidade social resulta de diversos fatores, a saber, da ausência de renda ou de renda mínima, do trabalho informal e/ou sazonal, do trabalho precário ou do desemprego, das dificuldades de acesso aos serviços e equipamentos públicos e de seu atendimento insatisfatório, da perda ou da fragilização de vínculos de pertencimento e/ou de relações sociofamiliares e dos mais variados tipos de preconceitos e discriminações (Carvalho, 2009).

Como políticas públicas, as políticas de assistência social, saúde e educação se apresentam à população em situação de vulnerabilidade como reconhecimento de sua cidadania e de seus direitos à proteção social.

Para operacionalizar as ações de atenção e cuidados à criança e suas famílias preconizadas nas políticas públicas, a região norte de Votuporanga conta com diversos equipamentos públicos.

Propomos como foco de atuação deste projeto o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS Norte, localizado à Rua João Lopes Rodrigues, 1866, bairro Jaboticabeiras, no município de Votuporanga, estado de São Paulo.

O CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social para atuar junto às famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, tendo como metas a prevenção de situações de risco e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (MDS, 2007).

Na sua área de abrangência, o CRAS é responsável por identificar situações de vulnerabilidade e risco, organizar essas informações sobre o território e sua dinâmica e utilizá-las estrategicamente, de modo a articular e potencializar os serviços socioassistenciais da rede de proteção social básica disponíveis para atender adequadamente as necessidades das famílias, promovendo a convivência social, familiar e comunitária e assegurando às crianças, jovens, adultos, idosos e suas famílias condições para o exercício de sua cidadania (MDS, 2007).

O CRAS oferta, por meio do Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família – Paif, serviços para famílias e indivíduos que moram em seu territó-

rio de abrangência, priorizando aí as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família, o qual é um programa da esfera federal de transferência de renda diretamente às famílias pobres e extremamente pobres, que vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de condicionalidades nas áreas de assistência, educação e saúde (MDS, 2009).

Presentemente o CRAS Norte atende 640 famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, dentre as quais 350 famílias que são acompanhadas mensalmente. Destas 350 famílias, atualmente 34 possuem em sua composição crianças de zero a três anos, totalizando 41 crianças, incluindo duas gestantes.

É para essas 34 famílias que os profissionais envolvidos neste projeto se atentarão no sentido de promover o desenvolvimento integral e integrado na primeira infância.

## 5.1 Caracterização socioeconômica das famílias

**Tabela 1** – Responsável familiar

RESPONSÁVEL FAMILIAR	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Nº de crianças de zero a três anos que residem com os pais	21	51,3%
Nº de crianças de zero a três anos que residem <u>somente</u> com a mãe	20	48,7%
Nº de crianças de zero a três anos que residem <u>somente</u> com o pai	00	0%
Nº de crianças de zero a três anos que residem com outros	00	0%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Tabela 2** – Faixa Etária dos Filhos

FAIXA ETÁRIA DOS FILHOS	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Crianças de zero a três anos	41	47,2%
Crianças de quatro a 11 anos	32	36,8%
Adolescentes de 12 a 17 anos	10	11,5%
Acima de 18 anos	4	4,5%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Tabela 3** – Faixa Etária do Pai

FAIXA ETÁRIA DO PAI	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Menor de 18 anos	00	0%
Entre 18 e 24 anos	3	8,8%
Maior de 24 anos	27	79,5%
Não declarada	4	11,7%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabela 4** – Faixa Etária da Mãe

FAIXA ETÁRIA DA MÃE	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Menor de 18 anos	1	2,9%
Entre 18 e 24 anos	2	5,9%
Maior de 24 anos	31	91,2%
Não declarada	00	0%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabela 5** – Renda

Renda *per capita* média das famílias R\$ 214,41

RENDA PER CAPITA	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Igual ou inferior a R\$ 70,00	10	29,5%
Entre R\$ 70,00 e R\$ 214, 41	18	52,9%
Superior a R\$ 214,41	06	17,6%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabela 6** – Fonte de Renda Familiar

FONTE DE RENDA FAMILIAR	Nº ABSOLUTO		PERCENTUAL	
	Formal	Informal	Formal	Informal
Pais	4	2	11,8%	5,9%
Pai	7	1	20,6%	2,9%
Mãe	2	8	5,8%	23,6%
Outros	10		29,4%	
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>		<b>100%</b>	

**Tabela 7** – Escolaridade do Pai

<b>ESCOLARIDADE DO PAI</b>	<b>Nº ABSOLUTO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Analfabeto	2	5,8%
Ensino Fundamental Incompleto	10	29,5%
Ensino Fundamental Completo	14	41,2%
Ensino Médio	5	14,7%
Não declarado	3	8,8%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabela 8** – Escolaridade da Mãe

<b>ESCOLARIDADE DA MÃE</b>	<b>Nº ABSOLUTO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Analfabeta	2	5,8%
Ensino Fundamental Incompleto	5	14,8%
Ensino Fundamental Completo	11	32,4%
Ensino Médio Incompleto	3	8,8%
Ensino Médio Completo	12	35,3%
Superior	1	2,9%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

**Tabela 9** – Educação Infantil

<b>EDUCAÇÃO INFANTIL</b>	<b>Nº ABSOLUTO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Nº de crianças de zero a três anos que frequentam	11	26,9%
Nº de crianças de zero a três anos que não frequentam	30	73,1%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Tabela 10** – Saúde

<b>SAÚDE</b>	<b>Nº ABSOLUTO</b>	<b>PERCENTUAL</b>
Nº de filhos que recorrem à unidade de saúde frequentemente	63	72,5%
Nº de filhos que recorrem à unidade de saúde periodicamente	19	21,8%
Nº de filhos que recorrem à unidade de saúde dificilmente	5	5,7%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Tabela 11** – Moradia

MORADIA	Nº ABSOLUTO	PERCENTUAL
Própria	16	47,1%
Alugada	16	47,1%
Cedida	2	5,8%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100%</b>

## 5.2 Etapas da intervenção, atividades e estratégias

**Quadro 1** – Sinopse Metodológica

ETAPAS DA INTERVENÇÃO	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS
Apresentação do projeto aos Gestores das secretarias municipais de Assistência Social, Saúde e Educação, equipe do CRAS, das unidades de saúde e das unidades de educação infantil de referência no território e comunidade local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com os gestores municipais e gestores da unidade.</li> <li>• Realização de palestra informativa sobre o conteúdo do projeto aos envolvidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboração e envio de convites aos gestores e profissionais responsáveis pelas unidades.</li> <li>✓ Mobilização e engajamento dos profissionais diretamente relacionados ao atendimento de crianças de zero a três anos e suas famílias.</li> </ul>
Assinatura do termo de compromisso dos representantes dos segmentos envolvidos no projeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhamento do projeto para análise, aprovação e certificação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coleta de assinatura dos gestores municipais e dos profissionais responsáveis pelos serviços.</li> </ul>
Mapeamento dos serviços e das ações em prol da primeira infância no território.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião introdutória com representantes dos equipamentos públicos do território.</li> <li>• Visitas aos serviços.</li> <li>• Encontros periódicos entre os profissionais para o esclarecimento dos serviços existentes e reconhecimento das suas práticas no território.</li> <li>• Cadastramento das organizações governamentais ou não governamentais, dos serviços e dos profissionais envolvidos e responsáveis pela execução do projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Levantamento de outras organizações não governamentais referenciadas ao território que desenvolvem ações dirigidas a crianças de zero a três anos e suas famílias.</li> <li>✓ Estabelecer parcerias.</li> <li>✓ Composição do Comitê Intersetorial.</li> </ul>

(continua)

*(continuação)*

ETAPAS DA INTERVENÇÃO	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS
<p>Tabulação dos dados e análise coletiva das ações dirigidas às crianças de zero a três anos e suas famílias em cada segmento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento do projeto à comunidade referenciada ao território.</li> <li>• Reunião com as famílias de crianças de zero a três anos usuárias dos serviços para elucidação do projeto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboração de guia de atendimento e encaminhamento (referência e contrarreferência).</li> <li>✓ Definição de fluxograma de atendimento.</li> </ul>
<p>Elaboração do "script" do protocolo único de atendimento às crianças de zero a três anos e suas famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontros para a conjugação dos conhecimentos específicos.</li> <li>• Definição das intervenções prioritárias de atenção à primeira infância em cada segmento.</li> <li>• Levantamento das práticas de atenção à primeira infância já implantadas e efetivas no território.</li> <li>• Assinalamento das ações ainda frágeis ou inexistentes de cuidados às crianças de zero a três anos e suas famílias no território.</li> <li>• Enlaçar as intervenções setoriais de atenção às crianças de zero a três anos e suas famílias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Formatação de protocolo único de atendimento.</li> </ul>
<p>Implantação de protocolo único de atendimento das crianças de zero a três anos e suas famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar a informatização em rede do protocolo único coletivizando as práticas dos serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do sistema de dados em rede.</li> </ul>
<p>Revisão periódica dos atendimentos intersetoriais prestados às crianças de zero a três anos e suas famílias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontros coletivos entre os profissionais para compartilhar as suas agendas de atendimento, procedimentos e intervenções.</li> <li>• Reuniões entre os profissionais responsáveis pelos serviços envolvidos para levantamento, discussão, planejamento e definição de procedimentos e intervenções.</li> <li>• Visitas rotativas dos profissionais envolvidos nos outros serviços para se apropriarem da rotina de atendimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atualização permanente do sistema de dados.</li> </ul>

*(continua)*

*(continuação)*

ETAPAS DA INTERVENÇÃO	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS
Avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião para elaboração de questionários e relatórios de observação e execução das ações do projeto.</li> </ul>	✓ Elaboração de instrumento para cada etapa/atividade desenvolvida.
Comunicação periódica dos resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar aos gestores municipais, aos profissionais envolvidos e não envolvidos e à comunidade em geral os resultados alcançados.</li> </ul>	✓ Tabulação dos dados obtidos e procedimento de registros dos resultados para comunicação.

*(conclusão)*

## 6 RECURSOS NECESSÁRIOS

### 6.1 Materiais

**Quadro 2** – Recursos Materiais

MATERIAIS	LOCAL	PERIODICIDADE
Salas para encontros e reuniões	CRAS, CEMEIs, Unidades de Saúde.	Semanal
Prontuários	CRAS, CEMEIs, Unidades de Saúde.	Diariamente
Ficha de Identificação e Atendimento	CRAS, CEMEIs Unidades de Saúde.	Diariamente
Protocolos dos Acompanhamentos	CRAS, CEMEIs, Unidades de Saúde.	Diariamente
Computadores	CRAS, CEMEIs, Unidades de Saúde.	Permanente
Software – Sistema Integrado de Informação	CRAS, CEMEIs, Unidades de Saúde.	Permanente



## 6.2 Humanos

Profissionais de diversas áreas de formação envolvidos no atendimento direto ou indireto às crianças de zero a três anos e suas famílias, conforme especificado a seguir:

**Quadro 3 – Recursos Humanos**

Número de Profissionais	Profissional	Formação	Secretaria	Serviço	Carga Horária Semanal
1	Coordenador	Superior	Assistência Social	CRAS	30
1	Assistente Social	Graduação em Serviço Social	Assistência Social	CRAS	30
1	Psicólogo	Graduação em Psicologia	Assistência Social	CRAS	20
1	Técnico em informática	Graduação em Sistema da Informação	Assistência Social	Órgão gestor	40
3	Médicos	Graduação em Medicina	Saúde	ESF I Dr Martiniano Salgado; PAS III Dr Jonas Pires Correa, ESF III – Daniele Cristine Lamana.	40
3	Enfermeiros	Graduação em Enfermagem	Saúde	ESF I Dr Martiniano Salgado; PAS III Dr Jonas Pires Correa, ESF III – Daniele Cristine Lamana.	40
3	Agentes de Saúde	Médio ou Superior	Saúde	ESF I Dr Martiniano Salgado; PAS III Dr Jonas Pires Correa, ESF III – Daniele Cristine Lamana.	40

(continua)

*(continuação)*

<b>Número de Profissionais</b>	<b>Profissional</b>	<b>Formação</b>	<b>Secretaria</b>	<b>Serviço</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>
1	Fisioterapeuta	Graduação em Fisioterapia	Saúde	Secretaria da Saúde	20
1	Dentista	Graduação em Odontologia	Saúde	Secretaria da Saúde	20
5	Diretoras de CEMEI	Graduação em Pedagogia	Educação	Cemei Prof <sup>a</sup> Amélia Lucinda de Jesus, Cemei Prof <sup>a</sup> Maria Aparecida Barbosa Terruel, Cemei Prof <sup>a</sup> Maria Lygia Bertoncini Leite e Cemei Prof <sup>a</sup> Elza Maria de Jesus Fava Figueira. Cemei Prof <sup>a</sup> Ana Ferreira dos Santos	40
5	Educadores	Magistério ou Graduação em Pedagogia	Educação	Cemei Prof <sup>a</sup> Amélia Lucinda de Jesus, Cemei Prof <sup>a</sup> Maria Aparecida Barbosa Terruel, Cemei Prof <sup>a</sup> Maria Lygia Bertoncini Leite e Cemei Prof <sup>a</sup> Elza Maria de Jesus Fava Figueira.	40
1	Assistente Social	Superior	ONG	Cemei Prof <sup>a</sup> Ana Ferreira dos Santos	
1	Voluntário	Superior	ONG	Pastoral da Criança	

*(conclusão)*

## 6.3 Financeiros

### Quadro 4 – Recursos Financeiros

#### PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA – 2012

Unidade Gestora	Função Programática 08	Unidade Orçamentária	Rubrica Orçamentária	Plano de Aplicação	Previsão Orçamentária do Plano de Aplicação	
					Recurso Estadual	Recurso Municipal
Prefeitura Municipal Votuporanga	Secretaria Assistência Social	Fundo Municipal de Assistência Social	Manutenção das atividades de proteção social básica à família	Plano de Trabalho do CRAS – Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família	R\$ 108.000,00	R\$ 41.000,00

**Fonte:** Secretaria de Assistência Social – Prefeitura Municipal de Votuporanga, 2012.

## 7 CRONOGRAMA

ETAPAS	ANO 2013											
	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Apresentação do Projeto e Termo de Compromisso	X	X										
Mapeamento dos serviços			X									
Análise e interpretação dos dados e análise coletiva das ações				X	X							
Divulgação e discussão dos resultados				X	X							
Formalização do protocolo único de atendimento						X	X	X	X	X	X	X
Revisão periódica dos atendimentos intersetoriais						X	X	X	X	X	X	X

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos não somente alinhar as práticas dos profissionais que atuam nos serviços públicos no que tange ao atendimento às crianças de zero a três anos e suas famílias, como também estreitar e fortalecer a rede socioassistencial de atendimento à criança através da implantação do protocolo único de atendimento compartilhado num sistema de dados em rede, aperfeiçoando as ações dialógicas no cotidiano dos serviços. Com essa metodologia inovadora de atenção à infância, sob a perspectiva do pleno desenvolvimento infantil, será dada prioridade às crianças e suas famílias quanto ao atendimento de suas necessidades e especificidades, intensificando a interlocução e a integração dos profissionais na execução de suas atividades diárias, especialmente por romper com o corporativismo e a cultura do clientelismo. Outrossim, esta proposta deve otimizar a aplicação orçamentária dos recursos públicos, colaborando para a superação da burocratização dos serviços públicos.

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRAS, Marcos Legais. Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. v. 1. São Paulo; 2009.

Cypel S, et al, organizadores. Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2011.

Didonet V. Um município para as crianças. São Paulo: Fundação Abrinq; 2009.

Dodge D. Capital humano, desenvolvimento na primeira infância e crescimento econômico. In: Tremblay RE, et al. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p.1-2. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/DodgeDPRTxp.pdf>. [Acesso em: 03 ago. 2012].

Girade HA, Didonet V. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília: UNICEF; 2005.

Heckman JJ. Investir nos mais jovens. In: Tremblay RE, et al. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p.1-2. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/HeckmanPRTxp.pdf>. [Acesso em: 03 ago. 2012].

Mioto RCT, Schutz F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional dos assistentes sociais. Pelotas; 2011.

Mustard JF. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p.1-5; 2010. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/MustardPRTxp.pdf>. [Acesso em: 03 ago. 2012].

Nascimento S. Reflexões sobre intersectorialidade entre as políticas públicas. Ser Soc Soc. São Paulo; 2010; 101:95-120.

Shonkoff JP. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: Tremblay RE, et al. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p.15. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/ShonkoffPRTxp.pdf>. [Acesso em: 03 ago. 2012].

Young ME. Do desenvolvimento da primeira infância ao desenvolvimento humano: investindo no futuro de nossas crianças. [Trad. Magda Lopes]. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2010.

Brasil: leis, decretos, resoluções, portarias

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 dez. 1993.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial de União, Brasília, DF. 23 de dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA.

\_\_\_\_\_. Lei nº 3741/2004. Plano Municipal de Educação. Prefeitura do Município de Votuporanga.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social. Brasília, DF, 2007.

\_\_\_\_\_. Plano Nacional pela Primeira Infância. Conanda, 2010.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Assistência Social. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 out. 2004.

\_\_\_\_\_. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS 2004. Resolução nº 130 de 15 de julho de 2005, do CNAS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 jul. 2005.

## ANEXO A

### BLOCO 1 – IDENTIFICAÇÃO NÚCLEO FAMILIAR

(continua)

Nº	Nome do responsável familiar	Número de crianças de zero a três anos	Irmãos de quatro a 11 anos	Irmãos de 12 a 17 anos	Irmãos acima de 18 anos	Nº de crianças de zero a três anos que residem com os PAIS	Nº de crianças de zero a três anos que residem com a MÃE
1	Família 1	1	1	1	0	0	1
2	Família 2	1	1	0	0	0	1
3	Família 3	1	1	1	0	0	1
4	Família 4	1	0	0	0	0	1
5	Família 5	1	1	0	3	1	0
6	Família 6	1	0	0	0	1	0
7	Família 7	1	1	0	0	0	1
8	Família 8	2	0	0	0	2	0
9	Família 9	1	1	0	0	0	1
10	Família 10	1	0	0	0	1	0
11	Família 11	1	1	1	1	0	1
12	Família 12	1	2	0	0	0	1
13	Família 13	1	1	0	0	0	1
14	Família 14	1	0	0	0	0	1
15	Família 15	1	1	0	0	1	0
16	Família 16	1	0	1	0	0	1
17	Família 17	2	2	0	0	2	0
18	Família 18	1	2	1	0	1	0
19	Família 19	2	2	0	0	2	0
20	Família 20	2	0	0	0	0	2
21	Família 21	1	0	0	0	1	0
22	Família 22	2	2	0	0	2	0
23	Família 23	1	0	0	0	0	1
24	Família 24	2	1	0	0	0	2
25	Família 25	1	1	0	0	1	0
26	Família 26	1	2	0	0	1	0
27	Família 27	1	2	0	0	1	0
28	Família 28	1	1	2	0	1	0
29	Família 29	1	1	1	0	0	1
30	Família 30	1	3	0	0	0	1
31	Família 31	1	0	0	0	0	1
32	Família 32	1	0	0	0	0	1
33	Família 33	1	1	0	0	1	0
34	Família 34	2	2	2	0	2	0

(continuação)

Nº	Nome do responsável familiar	Nº de crianças de zero a três anos que residem com o PAI	Nº de crianças de zero a três anos que residem com OUTROS	Faixa etária do pai			Faixa etária da mãe		
				< 18 anos	18 a 24 anos	> 24 anos	< 18 anos	18 a 24 anos	> 24 anos
1	Família 1	0	0	-	-	X	-	-	X
2	Família 2	0	0	-	-	X	-	-	X
3	Família 3	0	0	-	-	X	-	-	X
4	Família 4	0	0	-	X	-	X	-	-
5	Família 5	0	0	-	-	X	-	-	X
6	Família 6	0	0	-	-	X	-	-	X
7	Família 7	0	0	-	-	X	-	-	X
8	Família 8	0	0	-	-	X	-	-	X
9	Família 9	0	0	-	-	X	-	-	X
10	Família 10	0	0	-	X	-	-	X	-
11	Família 11	0	0	-	-	X	-	-	X
12	Família 12	0	0	-	-	X	-	-	X
13	Família 13	0	0	-	-	X	-	-	X
14	Família 14	0	0	-	-	X	-	-	X
15	Família 15	0	0	-	-	X	-	-	X
16	Família 16	0	0	-	-	X	-	-	X
17	Família 17	0	0	-	-	X	-	-	X
18	Família 18	0	0	-	X	-	-	-	X
19	Família 19	0	0	-	-	X	-	-	X
20	Família 20	0	0	-	-	X	-	-	X
21	Família 21	0	0	-	-	X	-	-	X
22	Família 22	0	0	-	-	X	-	-	X
23	Família 23	0	0	-	-	-	-	X	-
24	Família 24	0	0	-	-	-	-	-	X
25	Família 25	0	0	-	-	X	-	-	X
26	Família 26	0	0	-	-	X	-	-	X
27	Família 27	0	0	-	-	X	-	-	X
28	Família 28	0	0	-	-	X	-	-	X
29	Família 29	0	0	-	-	X	-	-	X
30	Família 30	0	0	-	-	-	-	-	X
31	Família 31	0	0	-	-	X	-	-	X
32	Família 32	0	0	-	-	-	-	-	X
33	Família 33	0	0	-	-	X	-	-	X
34	Família 34	0	0	-	-	X	-	-	X

(conclusão)



## ANEXO B

### BLOCO 2 – RENDA

(continua)

Nº	Nome do responsável familiar	Renda per capita (R\$)	Renda per capita igual ou inferior a R\$ 70,00	Renda per capita superior a R\$ 70,00	Famílias mantidas economicamente pelos pais	
					Trabalho formal	Trabalho informal
1	Família 1	55,00	X	-	-	-
2	Família 2	205,00	-	X	-	-
3	Família 3	17,00	X	-	-	-
4	Família 4	311,00	-	X	-	-
5	Família 5	2.607,00	-	X	-	-
6	Família 6	100,00	-	X	-	X
7	Família 7	66,66	X	-	-	-
8	Família 8	177,50	-	X	X	-
9	Família 9	100,00	-	X	-	-
10	Família 10	116,66	-	X	-	X
11	Família 11	70,00	X	-	-	-
12	Família 12	207,33	-	X	-	-
13	Família 13	180,00	-	X	-	-
14	Família 14	267,33	-	X	-	-
15	Família 15	231,50	-	X	X	-
16	Família 16	136,00	-	X	-	-
17	Família 17	500,00	-	X	-	-
18	Família 18	150,00	-	X	X	-
19	Família 19	128,00	-	X	X	-
20	Família 20	138,40	-	X	-	-
21	Família 21	225,00	-	X	-	-
22	Família 22	83,33	-	X	-	-
23	Família 23	148,00	-	X	-	-
24	Família 24	17,50	X	-	-	-
25	Família 25	178,50	-	X	-	-
26	Família 26	100,00	-	X	-	-
27	Família 27	130,00	X	-	-	-
28	Família 28	130,60	-	X	-	-
29	Família 29	31,00	X	-	-	-
30	Família 30	40,00	X	-	-	-
31	Família 31	98,65	-	X	-	-
32	Família 32	70,00	X	-	-	-
33	Família 33	205,00	-	X	-	-
34	Família 34	68,12	X	-	-	-

*(continuação)*

Nº	Nome do responsável familiar	Famílias mantidas economicamente somente pelo pai		Famílias mantidas economicamente somente pela mãe		Famílias mantidas economicamente por terceiros
		Trabalho formal	Trabalho informal	Trabalho formal	Trabalho informal	
1	Família 1	-	-	-	X	-
2	Família 2	-	-	X	-	-
3	Família 3	-	-	-	-	X
4	Família 4	-	-	-	-	X
5	Família 5	X	-	-	-	-
6	Família 6	-	-	-	-	-
7	Família 7	-	-	-	X	-
8	Família 8	-	-	-	-	-
9	Família 9	-	-	-	X	-
10	Família 10	-	-	-	-	-
11	Família 11	-	-	-	X	-
12	Família 12	-	-	-	-	X
13	Família 13	-	-	-	-	X
14	Família 14	-	-	X	-	-
15	Família 15	-	-	-	-	-
16	Família 16	-	-	-	X	-
17	Família 17	X	-	-	-	-
18	Família 18	-	-	-	-	-
19	Família 19	-	-	-	-	-
20	Família 20	-	-	-	-	X
21	Família 21	X	-	-	-	-
22	Família 22					
23	Família 23					-
24	Família 24	-	-	-	-	X
25	Família 25	X	-	-	-	-
26	Família 26	-	X	-	-	-
27	Família 27	X	-	-	-	-
28	Família 28					-
29	Família 29	-	-	-	X	-
30	Família 30	-	-	-	X	-
31	Família 31	-	-	-	-	X
32	Família 32	-	-	-	X	-
33	Família 33	X	-	-	-	-
34	Família 34	X	-	-	-	-

*(conclusão)*

## ANEXO C

### BLOCO 3 – ESCOLARIDADE

(continua)

Nº	Nome do responsável familiar	Nível de escolaridade do pai	Nível de escolaridade da mãe
1	Família 1	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior
2	Família 2	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio
3	Família 3	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
4	Família 4	Ensino Médio	Cursando 3ª série Ensino Médio
5	Família 5	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Incompleto
6	Família 6	Ensino Médio	Ensino Fundamental
7	Família 7	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio
8	Família 8	Ensino Médio	Ensino Médio
9	Família 9	Ensino Fundamental Completo	Ensino Médio
10	Família 10	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
11	Família 11	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental
12	Família 12	Analfabeto	Analfabeto
13	Família 13	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental
14	Família 14	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio
15	Família 15	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
16	Família 16	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
17	Família 17	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
18	Família 18	Analfabeto	Ensino Fundamental Incompleto
19	Família 19	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
20	Família 20	Ensino Fundamental	Analfabeto
21	Família 21	Ensino Fundamental	Ensino Médio
22	Família 22	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
23	Família 23	Ensino Fundamental	Ensino Médio
24	Família 24	-	Ensino Médio
25	Família 25	Ensino Fundamental	Ensino Médio
26	Família 26	Ensino Médio	Ensino Médio
27	Família 27	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental
28	Família 28	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo
29	Família 29	-	Ensino Fundamental Incompleto
30	Família 30	-	Ensino Fundamental
31	Família 31	Ensino Médio	Ensino Médio
32	Família 32	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental Incompleto
33	Família 33	Ensino Fundamental	Ensino Médio
34	Família 34	Ensino Fundamental	Ensino Fundamental

*(continuação)*

<b>Nº</b>	<b>Nome do responsável familiar</b>	<b>Nº de crianças que frequentam Educação Infantil</b>	<b>Nº de crianças que NÃO frequentam Educação Infantil</b>	<b>Irmãos estudando</b>	<b>Irmãos não estudando</b>
1	Família 1	0	1	2	0
2	Família 2	1	0	1	0
3	Família 3	0	1	2	0
4	Família 4	0	1	0	0
5	Família 5	0	1	1	3
6	Família 6	1	0	0	0
7	Família 7	1	0	1	0
8	Família 8	0	2	0	0
9	Família 9	0	1	1	0
10	Família 10	0	1	0	0
11	Família 11	0	1	3	0
12	Família 12	1	0	2	0
13	Família 13	1	0	1	0
14	Família 14	1	0	0	0
15	Família 15	0	1	1	0
16	Família 16	0	1	1	0
17	Família 17	0	2	2	0
18	Família 18	1	0	3	0
19	Família 19	0	2	2	-
20	Família 20	0	2	0	0
21	Família 21	0	1	-	-
22	Família 22	0	2	2	-
23	Família 23	1	0	0	0
24	Família 24	0	2	1	-
25	Família 25	0	1	1	-
26	Família 26	0	1	2	-
27	Família 27	0	1	2	-
28	Família 28	0	1	3	-
29	Família 29	0	1	2	0
30	Família 30	1	0	3	-
31	Família 31	0	1	-	-
32	Família 32	1	0	-	-
33	Família 33	1	0	1	0
34	Família 34	0	2	4	0

*(conclusão)*

## ANEXO D

### BLOCO 4 – SAÚDE

Nº	Nome do responsável familiar	Nº de filhos que recorrem periodicamente à unidade de saúde	Nº de filhos que recorrem frequentemente à unidade de saúde	Nº de filhos que dificilmente recorrem a unidade de saúde
1	Família 1	2	1	0
2	Família 2	0	2	0
3	Família 3	1	1	1
4	Família 4	0	1	0
5	Família 5	2	0	2
6	Família 6	0	1	0
7	Família 7	0	2	0
8	Família 8	0	2	0
9	Família 9	0	2	0
10	Família 10	0	1	0
11	Família 11	2	2	0
12	Família 12	0	3	0
13	Família 13	0	2	0
14	Família 14	0	1	0
15	Família 15	1	1	0
16	Família 16	1	1	0
17	Família 17	3	0	1
18	Família 18	3	1	0
19	Família 19	2	2	0
20	Família 20	0	2	0
21	Família 21	0	1	0
22	Família 22	0	4	0
23	Família 23	1	0	0
24	Família 24	0	3	0
25	Família 25	0	2	0
26	Família 26	0	3	0
27	Família 27	0	3	0
28	Família 28	0	3	1
29	Família 29	0	3	0
30	Família 30	0	4	0
31	Família 31	1	0	0
32	Família 32	0	1	0
33	Família 33	0	2	0
34	Família 34	0	6	0

## ANEXO E

### BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE MORADIA

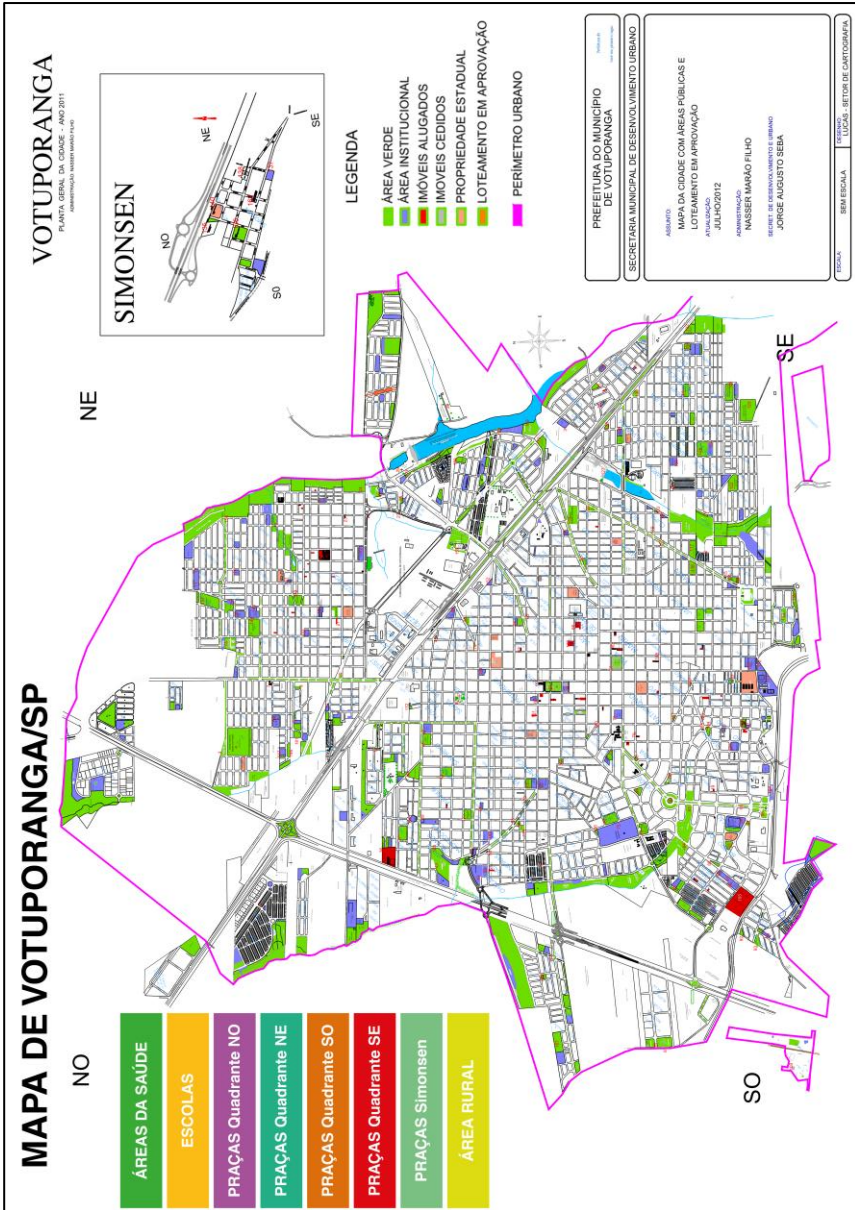
Nº	Nome do responsável familiar	Própria	Cedida	Alugada
1	Família 1			X
2	Família 2	X		
3	Família 3	X		
4	Família 4	X		
5	Família 5	X		
6	Família 6			X
7	Família 7			X
8	Família 8			X
9	Família 9			X
10	Família 10		X	
11	Família 11	X		
12	Família 12	X		
13	Família 13	X		
14	Família 14			X
15	Família 15			X
16	Família 16	X		
17	Família 17			X
18	Família 18			X
19	Família 19		X	
20	Família 20			X
21	Família 21	X		
22	Família 22	X		
23	Família 23			X
24	Família 24			X
25	Família 25			X
26	Família 26	X		
27	Família 27			X
28	Família 28	X		
29	Família 29			X
30	Família 30	X		
31	Família 31	X		
32	Família 32	X		
33	Família 33			X
34	Família 34	X		

## ANEXO F

### CRAS NORTE VOTUPORANGA/SP

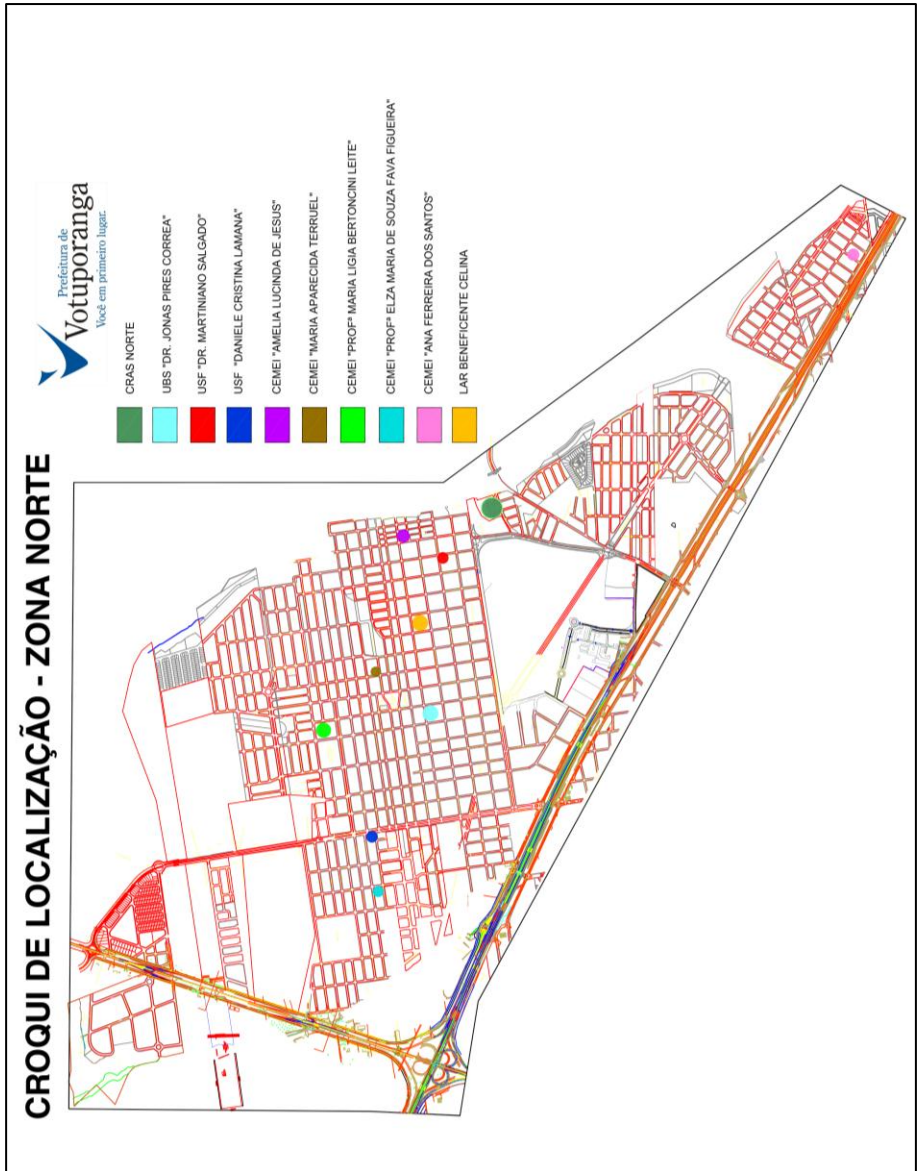


# ANEXO G





# ANEXO H







ISBN 978-85-89734-11-0



9 788589 734110

